

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année

THÈSE

N°

289

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 juillet 1886, à 9 heures.

PAR PAUL MULLER

Né à Metz (Alsace-Lorraine), le 27 février 1862.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

ESSAI

SUR LA

DYSPEPSIE CARDIAQUE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } DAMASCHINO, professeur.
 { PINARD, REMY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, successeur,

52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

Anatomie.....	MM. SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....	RICHET.
	VERNEUIL
Clinique chirurgicale.....	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE: M. VULPIAN

Professeur honoraire M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHET.
	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
des travaux anatomiques.	KIRMISSON.	RENDU.	TERRILLON.
GARJEU.	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIÈRE.

Secrétaire de la Faculté: Ch. PUPIN. ®

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

**MM. TESSIER, LÉPINE, OLLIER, TRIPIER,
RAMBAUD.**

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LILLE

MM. FOLLET, PAQUET, HALLEZ

A M. LE PROFESSEUR PROUST

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

(Externat provisoire 1884.)

A M. LE DOCTEUR S. POZZI

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,

Chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

(Externat 1885.)

A M. LE DOCTEUR LANDRIEUX

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

(Externat 1886)

Sur le point de finir mes études, je veux remercier du fond de mon cœur tous ceux qui m'ont aidé à atteindre le but, qui m'y ont conduit comme par la main.

Je dédie cette thèse à la mémoire de mon père.

Je la dédie à mon frère, M. l'abbé Léon Muller. Son désintéressement, son dévouement à mon égard ont été grands. Il sont dignes de notre père et de lui.

Je la dédie à M. le professeur Laboulbène, dont la bienveillance m'a été si précieuse, dont les conseils m'ont guidé.

PAUL MULLER.

ESSAI

SUR LA

DYSPEPSIE CARDIAQUE

CHAPITRE I

DÉFINITION ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La classification et la critique raisonnée des diverses dyspepsies est de date récente. C'est seulement dans notre siècle qu'on a commencé à mettre de l'ordre dans l'étude de cette question hérissée de difficultés et qu'on a essayé de rendre à chaque organe ce qui lui appartient. Un des premiers, Chomel, tenta de faire la lumière dans ce chaos. C'était pour les maladies de l'estomac, disait-il lui-même, qu'il avait été le plus consulté dans le cours de sa longue pratique ; il nous a laissé, dans une œuvre considérable, le fruit choisi de son expérience. Un autre grand observateur, Beau, avait aussi compris l'importance de la dyspepsie, seule ou associée à d'autres affections, lui qui faisait des maladies de l'estomac la clef de voûte de la pathologie interne tout entière.

Les lésions de l'estomac et les troubles de la digestion existent rarement seuls; il est peu de maladies qu'ils n'accompagnent de façon passagère ou durable; quand ils paraissent exister seuls, ils sont presque toujours l'expression obscure d'une diathèse, d'un état constitutionnel héréditaire ou acquis. C'est en étudiant les maladies de l'estomac qu'on se pénètre de la vérité de cette parole que mon vénéré maître Teissier, de Lyon, aimait à répéter à ses élèves : « Messieurs, il n'y a point de maladies, il n'y a que des malades. »

Cet axiome vrai pour toutes les maladies, l'est surtout pour les maladies de l'estomac. Voici dix malades qui présentent, ou à peu près, les mêmes symptômes du côté du tube digestif : douleur au creux épigastrique, pyrosis, dyspepsie, nausées, vomissements, hématemèses; mais celui-ci est un arthritique, celui-là un herpétique; un troisième est un buveur invétéré; cet autre offre les premiers symptômes du mal de Bright; son voisin fait partie de la grande famille de l'artério-sclérose; un autre est goutteux; de ces deux-ci enfin, gens bien portants en apparence, et tout surpris de mal digérer, le premier a une insuffisance mitrale au début, le second est atteint depuis plusieurs années peut-être d'une insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Cette synthèse de la maladie n'est point une pure vue de l'esprit, pas plus qu'un caprice de l'imagination, car elle est féconde en indications thérapeutiques et en résultats. Dans un livre récent et rempli

d'aperçus ingénieux, M. Leven a montré le retentissement des souffrances de l'estomac sur le double système nerveux cérébro-ganglionnaire, et a publié des observations de troubles gastriques coïncidant avec des troubles cérébraux, dans lesquelles ceux-ci avaient été guéris ou tout au moins amendés par le lavage de l'estomac.

Je ne m'appesantirai pas sur ces faits que je cite à titre d'exemple ; mais si l'on accepte la théorie de l'auteur sur la pathogénie de ces accidents, si l'on admet, par exemple, que l'irritation du plexus solaire, de quelque nature qu'elle soit, puisse, en réagissant sur le cerveau et l'estomac, engendrer des troubles simultanés dans ces deux organes, n'est-il pas permis de se demander si le cœur et l'estomac, qui sont tous les deux dans la dépendance des mêmes nerfs, le sympathique et le pneumogastrique, ne sont pas aussi souvent, et *a fortiori*, en relations pathologiques ? si les lésions ou les troubles fonctionnels de l'un ne sont pas souvent la cause ou l'effet des troubles fonctionnels et des lésions de l'autre ?

Pour ce qui est de l'action nocive des maladies de l'estomac sur le cœur, tous les auteurs l'ont, sinon étudiée complètement, au moins signalée depuis longtemps. Les exemples ne nous manquent pas ; de parti pris on a accusé l'estomac d'une foule de méfaits à l'égard du cœur ; bien rarement on en a fait une victime de ce dernier. C'est ainsi qu'on a signalé l'atrophie marastique du cœur dans les lésions gastro-intestinales (Jaccoud, Traité de path. interne, I, p. 709),

les palpitations causées par la distension de l'estomac, dans la dyspepsie flatulente par exemple, et par la compression de bas en haut du diaphragme et du péricarde. Beau a enseigné que l'angine de poitrine succédait parfois à la dyspepsie. On a signalé des troubles cardiaques, des palpitations, accompagnant le vertige *a stomacho læso*, placés comme lui sous l'influence de la déplétion ou de la réplétion de l'estomac sans altération de l'ouïe, et susceptibles de disparaître par le même traitement eupeptique (Weill, Thèse d'agrégation). Dans cet ordre d'idées et de faits, il est curieux d'étudier les réflexes cardiaques qui peuvent se produire à la suite d'excitations périphériques. De même qu'il existe des réflexes respiratoires d'origine extra-respiratoire, succédant par exemple à l'irritation de la muqueuse rectale, de l'isthme du gosier ou de la muqueuse des fosses nasales, réflexes qui sont sous la dépendance du pneumogastrique, il est naturel d'admettre que des excitations périphériques puissent avoir une action réflexe sur le cœur. L'estomac et les terminaisons du pneumogastrique stomacal entrent certainement pour une part dans la pathogénie de ces troubles cardiaques, au même titre que les nerfs du plexus mésentérique (Expérience de Goltz) ou que les nerfs rachidiens (Letulle, Thèse d'agrégation, Paris, 1883).

Nous pourrions encore signaler ici les palpitations dans l'anémie de l'inanition. Si un homme atteint de gastralgie, de dyspepsie mange peu, s'il digère mal, s'il vomit ce qu'il prend, il sera rapidement atteint

d'une anémie globulaire, accompagnée de souffles dans les vaisseaux, et à l'origine de l'artère pulmonaire, il aura des vertiges stomacaux, des syncopes, de l'albuminurie, de l'anasarque, des hémorrhagies par dyscrasie sanguine. Si d'autre part cet homme a une lésion chronique de l'estomac, qui irrite les filets terminaux du pneumogastrique, il sera exposé aux attaques syncopales, il aura le pouls lent permanent signalés par M. le professeur Charcot (Letulle, *lococitato*, p. 154).

L'étude de ces phénomènes cardio-pulmonaires consécutifs aux affections de l'estomac et du tube digestif avait été commencée par Bouillaud. Elle a été reprise dans ces derniers temps par M. le professeur Potain (Congrès de Paris, 1878, et de Montpellier, 1879). Morel (Lyon, 1879) a publié une bonne étude sur les conditions physiologiques des dilatations cardiaques dans les lésions gastriques. Barié, à son tour, a publié ses recherches sur les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques (*Revue médicale*, janvier et février 1883). M. le professeur Germain Sée a insisté sur l'influence de l'irritation des nerfs de l'estomac, sur l'augmentation de la pression vasculaire artérielle, et par suite sur les palpitations, les intermittences, les irrégularités du cœur, les syncopes (*Dyspepsies gastro-intestinales*, p. 124). Il a encore étudié dans son beau traité des maladies du cœur l'influence de la tympanite, des vers, des hémorrhoides, des troubles gastriques, de la dyspepsie flatulente et des dyspepsies nerveuses sur les palpitations.

Dans tous ces cas que nous venons d'examiner, ou plutôt d'énumérer très rapidement, les lésions et les troubles fonctionnels de l'un et l'autre organe coïncident ; mais dans tous, l'affection stomacale paraît être primitive et la lésion cardiaque secondaire ; nous irons plus loin, la première paraît être la cause, la seconde paraît être l'effet. On pourrait certes discuter quelques-unes des observations que nous avons eues en vue, et tenter de rendre aux troubles circulatoires la paternité des désordres organiques qui les accompagnaient ; mais nous devons faire assez d'hypothèses au courant de ce travail pour ne pas être tenté de les accumuler dès à présent. Nous préférons fonder sur quelques observations plus certaines l'existence de la dyspepsie cardiaque, examiner les cas où la lésion de l'endocarde ou du myocarde nous paraîtra avoir la priorité. Nous chercherons s'il y a une caractéristique aux troubles digestifs chez les malades atteints d'une affection du cœur ; si chacune de ces affections elle-même n'imprime pas un sceau spécial à la complication stomacale. Nous ne négligerons point les renseignements que l'anatomie et la physiologie peuvent nous fournir sur cette question délicate, et nous ferons notre profit des indications malheureusement peu nombreuses de nos devanciers.

L'écueil de notre sujet est d'être trop vaste ou trop étroit. Nous tâcherons de ne pas nous égarer dans les sentiers trop faciles ; nous glisserons à dessein sur ces cas douteux où l'alcoolisme, par exemple, a été la cause d'une gastrite et d'une endocardite concomi-

tantes ; nous indiquerons sommairement les lésions possibles de l'estomac dans une affection du cœur compliquée d'artério-sclérose (Isnard, de Marseille). Dans ces conditions, en effet, l'état cardiaque des viscères se rattache aux scléroses dyscrasiques par leur origine et l'artérite généralisée ; ce sont de véritables scléroses dyscrasiques, subordonnées avant tout à la fibrose artérielle, et compliquées en outre de la stase veineuse qui accompagne les affections chroniques du cœur et du poumon.

Nous ne ferons que signaler en passant, comme peu probants, la coïncidence des troubles gastriques avec la dilatation cardiaque de la puberté ou celle de la grossesse. Nous n'insisterons pas davantage sur la dyspepsie qui accompagne souvent la cardiopathie de la ménopause, ou l'insuffisance mitrale passagère dans les pyrexies (Skoda). Dans tous ces cas, il ne manque pas de facteurs étrangers et difficiles à éliminer. Nous nous bornerons à étudier et à expliquer, si c'est possible, les troubles gastriques de diverses natures, qui accompagnent les maladies du cœur, souvent à leur début et qui ne peuvent s'expliquer que par une action réflexe due au pneumogastrique, par une insuffisance sécrétoire, une stase veineuse due aux désordres de la circulation.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons brièvement ce que nos maîtres ont dit ou écrit sur cette question.

Dans un second chapitre, nous étudierons les accidents gastriques tels qu'ils se présentent à nous,

et nous essaierons, en nous appuyant sur l'anatomie et la physiologie, d'esquisser leur pathogénie.

Dans un troisième chapitre, nous ferons rapidement le diagnostic différentiel de la dyspepsie cardiaque.

Dans un quatrième chapitre, nous donnerons le résultat de nos recherches cliniques et les observations que nous avons pu recueillir.

Dans un cinquième chapitre, nous essaierons de classer ces observations et de montrer qu'il y a trois grandes formes de dyspepsie cardiaque.

Dans le sixième chapitre, nous donnerons succinctement l'anatomie pathologique de l'estomac dans les maladies de cœur.

Enfin, nous verrons dans nos conclusions s'il n'y a pas lieu de tirer de cette étude quelques indications thérapeutiques.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'histoire de la dyspepsie cardiaque a à peine vingt ou trente ans; elle appartient tout entière à nos maîtres. Les auteurs anciens et même ceux du commencement de ce siècle ne paraissent point avoir remarqué cette coïncidence, pourtant fréquente, des maladies du cœur et des troubles de l'estomac. J'ignore si Hippocrate en a parlé, et je n'ai pas lu le traité des maladies de l'estomac d'Arétée non plus que ceux de Jorestus ou de Rivirius; mais des auteurs plus rap-

prochés de nous, tels qu'Hoffmann, Temple (*De dyspepsia*, 1878), Guille (de la dyspepsie et de ses complications) ne paraissent pas en avoir fait mention. Chomel, après avoir divisé les dyspepsies en dyspepsies accidentelles et en dyspepsies habituelles, ne comprend parmi ces dernières que les troubles persistants des fonctions digestives qui se montrent sous des formes très variables, indépendamment de toute maladie appréciable soit des organes mêmes de la digestion et de ceux qui concourent à cette fonction, tels que les glandes salivaires, le foie, le pancréas, soit de ceux qui ne leur sont associés que par les lois de la sympathie. En conséquence, dit-il, seront en dehors de notre sujet tous les troubles digestifs qui se rattachent aux influences diverses de l'estomac, des intestins et du péritoine, à l'embarras gastrique et intestinal, aux lésions organiques de ces viscères..... Il en est de même des troubles digestifs qui accompagnent les maladies du péritoine, des viscères abdominaux, et en particulier des reins, de la vessie et de l'utérus et qui donnent souvent lieu à des vomissements si intenses qu'ils semblent constituer le symptôme prédominant. Je ne rangerai pas non plus dans les dyspepsies essentielles celles qui sont dues au relâchement des parois abdominales consécutives à l'ascite ou à la grossesse, etc....

Dans cette énumération éliminatrice, il n'est même pas question en passant des maladies du cœur. Pour les voir signaler dans l'étiologie de la dyspepsie. Il faut arriver à Bouillaud, à Durand Fardel (*Traité des maladies chroniques*), à Beau (*Traité de la dyspepsie*), à

Nouat (Traité des dyspepsies), à Guépon (Traité de la dyspepsie, fondé sur l'étude physiologique et clinique) (1864).

Mais ce ne sont encore que des indications. Il faut venir aux articles de Parrot, de MM. Potain et Rendu, de M. M. Raynaud, aux livres de M. le professeur G. Sée et de M. le professeur Peter, pour y trouver une étude sommaire, il est vrai, mais déjà décisive de la dyspepsie cardiaque.

« Les cardiaques et les asthmatiques, dit M. G. Sée, dans son livre des dyspepsies gastro-intestinales, se plaignent souvent de flatulences et parfois de douleurs gastriques ; souvent même la maladie débute de cette manière et ces symptômes initiaux peuvent donner le change, si bien qu'à défaut d'un examen rigoureux des organes thoraciques, l'erreur peut se produire et se prolonger. En général, les affections thoraciques débent et se caractérisent par de la dyspnée, la gêne respiratoire force pour ainsi dire le diaphragme et met en jeu toute la série des muscles respiratoires auxiliaires. Le diaphragme finit ainsi par subir les effets d'un fonctionnement exagéré, il se fatigue, s'affaiblit, les inspirations profondes, c'est-à-dire l'abaissement du diaphragme dans la cavité abdominale ne pouvant plus s'opérer complètement, celle-ci ne parvient plus à se rétrécir dans le sens longitudinal ; dès lors, l'estomac et les intestins se distendent par les gaz et deviennent le siège d'une tympanite ; c'est une véritable asthénie du diaphragme qui produit le météorisme. »

Cette théorie des troubles digestifs par action mécanique est certainement très séduisante et très acceptable; mais nous verrons que ce n'est pas là le seul mode de production de la dyspepsie cardiaque.

A son tour, M. Maurice Raynaud, dans son article du Dictionnaire de Jaccoud, a fort bien résumé les troubles gastriques dans les affections du cœur. Après avoir établi qu'il n'est pas rare de voir des individus vivre des années et même parvenir aux dernières périodes de l'asystolie, conservant jusqu'au bout l'intégrité de leur digestion et un certain embonpoint, il reconnaît que plus souvent encore les choses se passent autrement; mais pour lui, dans les complications stomacales comme dans les complications pulmonaires, c'est la stase veineuse qui est seule coupable, par l'intermédiaire de la congestion hépatique.

Nous verrons que l'anatomie et la physiologie autorisent, en effet, cette théorie dans bien des cas. L'hyperhémie gastro-intestinale serait beaucoup plus rare pour M. Maurice Raynaud, à cause de la facilité de la circulation collatérale et des anastomoses des veines du tube digestif avec les veines diaphragmatiques inférieures et hémorrhoïdales. Elle n'en serait pas moins un élément important à prendre en considération parmi les complications abdominales des maladies du cœur, à cause de l'état de catarrhe chronique qu'elle entretient à la surface interne du tube digestif.

M. Raynaud avait, en effet, remarqué plusieurs fois à l'autopsie des cardiaques, une coloration ardoisée de la muqueuse digestive, une infiltration oedémateuse

des parois de l'estomac et de l'intestin, des suffusions hémorrhagiques, des érosions au niveau de la muqueuse stomacale, et dans l'intestin des exsudats blanchâtres, pultacés, d'aspect diphtéritique qui avaient probablement pris naissance dans les derniers temps de la vie. Nous retrouverons ces lésions dans une de nos observations.

Mais M. M. Raynaud avait hésité à créer cette entité de la dyspepsie cardiaque, parce que pour lui ces lésions du canal intestinal n'existaient pas à l'état isolé, qu'elles succédaient toujours à la cirrhose cardiaque du foie. Tout au plus rapportait-il à l'hyperhémie gastro-intestinale la tension abdominale dont se plaignent les malades, la sensation de barre, d'obstacle dont ils rapportent le siège principal au pourtour de l'ombilie, la pesanteur et l'irrégularité des digestions.

Il avait reconnu qu'à ces souffrances se joignait souvent une constipation plus ou moins opiniâtre qui alternait avec des débâcles consistant en diarrhées séreuses.

Sans pousser l'analyse fort loin, il avait attribué quelques-uns de ces troubles à un vice de sécrétion des sucs intestinaux, et de la bile, diminuée dans sa quantité et altérée dans sa composition. Il avait, comme M. G. Sée, noté la tympanite et les éructations.

C'est aussi sur ce symptôme qu'insistait M. Parrot dans sa pathologie générale du cœur (Dechambre), et il accusait aussi la congestion des viscères de tous les troubles digestifs qu'il avait observés.

M. le professeur Peter n'a pas manqué de signaler

dans son admirable Traité des maladies du cœur les troubles de la digestion dans la péricardite aiguë, l'appétit faible ou nul, les digestions laborieuses et pénibles de la péricardite chronique, les symptômes stomacaux de l'invasion graisseuse du cœur, etc.....

Mais il faut arriver à l'étude si remarquable et si approfondie de MM. Potain et Rendu pour trouver une étude plus complète des troubles digestifs dans les affections du cœur, et principalement dans les altérations valvulaires.

Ainsi pour l'insuffisance aortique : « Les symptômes cardiaques ne sont pas les seuls qui se montrent dans le cours de l'insuffisance aortique. Il est un certain nombre de malades chez lesquels cette affection se traduit *presque exclusivement* par des désordres nerveux variables portant de préférence sur l'estomac et les fonctions digestives. Une dyspepsie tenace et douloureuse, des crises gastralgiques, des sensations d'étouffement très pénibles immédiatement après les repas, des digestions lentes et accompagnées d'éructions forment un ensemble de symptômes tellement prédominants qu'il serait difficile de ne pas croire à une affection exclusivement stomacale, si les signes de l'auscultation ne révélaient la lésion cardiaque. C'est pourtant bien à elle qu'il faut attribuer tous ces accidents d'apparence nerveuse, car, aussitôt que les malades sont mis au repos et que la circulation se calme, la dyspepsie s'amende et les douleurs gastriques disparaissent. Leared, qui a surtout contribué à faire connaître cette portion des symptômes de l'insuf-

fisance aortique, rapporte quelques cas de sa propre pratique et un de celle de Broadbent où les seuls symptômes de l'affection cardiaque étaient une cardialgie douloureuse avec pyrosis et flatulence : six fois la mort survint et l'autopsie démontra constamment l'existence des lésions de l'aorte et des valvules sigmoïdes (A Disguised Disease of the Heart, in med. Times and Gazette, 1867, p. 695).

MM. Potain et Rendu signalent encore, de façon assez complète, les troubles digestifs qui accompagnent le rétrécissement mitral arrivé à une certaine période. Déjà ils reconnaissent, ce que nous essayerons d'établir plus tard, en faisant la critique de nos observations, que la dyspepsie du rétrécissement mitral n'est point celle de l'insuffisance aortique. Cette différence, dont ils n'ont point essayé d'établir la théorie, se conçoit aisément ; car déjà la pathogénie n'est pas la même. Mais n'anticipons point sur nos conclusions. D'après MM. Potain et Rendu, la dyspepsie du rétrécissement mitral ne serait plus gastralgique ; elle se rapprocherait plutôt de la dyspepsie flatulente et serait caractérisée par de l'anorexie, des nausées, du ballonnement du ventre, des digestions lentes et pénibles. Ces troubles s'expliqueraient suffisamment par la dégénérescence scléreuse ou même graisseuse du foie, par la fréquence de la toux due à la congestion pulmonaire et qui amènerait des nausées, et par l'oppression habituelle des malades, qui s'exaspère toujours pendant la digestion.

Dans le rétrécissement tricuspide, la congestion du

foie qui se produit alors plus tôt serait aussi accompagnée des mêmes troubles digestifs.

Dans l'insuffisance tricuspidale, ils seraient encore plus nombreux et plus accusés peut-être que dans l'insuffisance aortique. Nous retrouvons encore ici l'anorexie, le dégoût pour certains aliments, les digestions pénibles, les nausées fréquentes; dans les cas plus favorables, une simple sensation d'anxiété épigastrique et de pesanteur abdominale.

« Quelquefois même les accidents ne se bornent pas à l'estomac et au duodénum, et les fonctions de l'intestin grêle se trouvent plus ou moins altérées; il n'est pas rare, ainsi que l'a fait remarquer M. Mahot, d'observer des diarrhées profuses qui épuisent les malades et sont difficiles à vaincre; cette diarrhée, sans doute, est à la fois la conséquence d'une hyperhémie veineuse portée à l'excès et de l'altération des sécrétions gastro-intestinales. *Dans aucune affection cardiaque, ces phénomènes ne sont aussi accusés que dans l'insuffisance tricuspidale.*

Nous avons trouvé dans les auteurs que nous venons de résumer ou de citer, l'intéressant tableau des complications gastriques des différentes maladies du cœur. Il nous reste à étudier la pathogénie de ces accidents, à les classer, à chercher une base solide pour la théorie que nous proposons; c'est ce que nous nous proposons de faire dans les chapitres suivants.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Nous allons maintenant chercher à expliquer la pathogénie des troubles gastriques, que nous avons jusqu'ici sommairement énumérés. En nous plaçant au point de vue de la pathogénie seule des accidents, nous pouvons dès à présent les diviser en deux grandes classes : dyspepsie par trouble réflexe, quelle que soit d'ailleurs la nature intime de cette action réflexe, et dyspepsie par troubles mécaniques.

De la dyspepsie cardiaque par action réflexe. — Il n'est pas douteux que l'estomac ne puisse être le point d'arrivée de certains trajets réflexes, très variables d'ailleurs. L'influence des impressions morales sur les maladies de l'estomac, signalée par Dujardin-Beaumez, en est une preuve. N'est-il point naturel de se demander si le pneumogastrique ne peut pas être par sa portion cardiaque le point de départ, et par sa portion stomacale le point d'arrivée de phénomènes réflexes du même genre, ou inversement? Écoutons M. le professeur Peter :

« Tous ceux qui, par situation, voient beaucoup de cardiopathes, ont vu ces choses :

« Ici cœur affolé par le tabac, aussi faible qu'irrégulier, par trouble de son pneumogastrique « à lui », avec désordres fonctionnels du pneumogastrique « des voi-

« sins », je veux dire des pneumogastriques des poumons et de l'estomac. Et ces désordres fonctionnels du pneumogastrique pulmonaire sont alors une dyspnée spéciale bien différente de l'asthme avec anesthésie pulmonaire et perte de la sensation de l'air inspiré ; comme les désordres fonctionnels du pneumogastrique stomacal sont de la dyspepsie avec ballonnement immédiat, plus anesthésie avec perte aussi de la sensation des aliments ingérés : il y a là un exemple aussi saisissant que caractéristique pour le médecin qui sait voir. »

Et plus loin la contre-partie, à propos des troubles fonctionnels de la myocardite : « La *mise en branle* de ces troubles fonctionnels est très fréquemment provoquée à une certaine période de la maladie myocardique par la *mise en action* du pneumogastrique, dans l'un ou l'autre de ses trois départements fonctionnels. Ainsi la mise en action du pneumogastrique stomacal, je l'ai vue, dans des cas longuement observés par moi, déterminer d'épouvantables accès d'oppression et de palpitation, avec sueurs froides..... et c'est de la sorte que, chez certains individus, la lésion cardiaque se démasque définitivement. Cette mise en action du pneumogastrique stomacal, c'est-à-dire l'excitation fonctionnelle de celui-ci, entraîne dans ces conditions soit une parésie du pneumogastrique cardiaque, d'où les palpitations ; soit une contracture de celui-ci, d'où la syncope possible. »

Les dyspepsies et les troubles digestifs analogues, par excitation des filets gastriques ou autres du pneumo-

gastrique, ne sont pas rares : sans parler des névroses du pneumogastrique dues à des états moraux, peut-on attribuer à une autre cause les vomissements sympathiques du mal de mer, les vomissements de la tuberculose, ceux de l'adénopathie trachéo-bronchique ?

Dans la dyspepsie cardiaque, le pneumogastrique paraît agir par deux modes différents, tout d'abord par les mouvements qu'il imprime aux tuniques musculaires de l'estomac et principalement au cardia ; en second lieu, par les troubles que son excitation détermine dans les fonctions sécrétoires. Il est enfin un troisième ordre de faits dans lesquels, bien que l'irritation réflexe du pneumogastrique soit indéniable, néanmoins le mécanisme intime de son action ne paraît pas pouvoir être précisé. Reprenons chacun de ces modes de dyspepsie réflexe.

Aux troubles digestifs produits par les mouvements réflexes imprimés par le pneumogastrique à l'estomac, dans les affections du cœur, nous signalerons seulement la dysphagie de la péricardite, dysphagie qui est quelquefois le premier symptôme de l'inflammation du péricarde. Le rôle du nerf vague dans la déglutition a été étudié par Letulle (th. d'agrég.). Si l'œsophage, après la section des deux pneumogastriques, se comporte comme un tube inerte (expériences de Mosso, de Cl. Bernard et de Schiff), il est naturel de penser que son irritation donne lieu à des contractions réflexes trop énergiques du cardia et à des mouvements antipéristaltiques de l'estomac.

M. le professeur G. Sée admet l'action motrice des

nerfs vagues et du grand sympathique sur les muscles du grand cul-de-sac stomacal et de l'antra pylorique, mais il refuse à ses nerfs toute influence sur la sécrétion du suc gastrique et du suc intestinal. Pour lui, les dyspepsies par troubles de la sécrétion des sucs digestifs, sont des dyspepsies nervo-sécrétoires et vaso-motrices. Les dyspepsies nervo-sécrétoires ne seraient dues qu'à l'hyperhémie passive qu'on observe habituellement chez les cardiaques, les asthmatiques, les gouteux et seraient complètement indépendantes du nerf vague, comme du sympathique ou de ses plexus. Les expériences de Schiff sur la section des pneumogastriques sembleraient donner raison à cette manière de voir. Les dyspepsies vaso-motrices, au contraire, seraient dues à des lésions provenant de la moelle, de l'encéphale ou du plexus cardiaque. Les altérations du plexus cardiaque expliqueraient alors les troubles digestifs qui s'observent dans certaines angines de poitrine. D'après M. Germain Sée, les nerfs vaso-moteurs de l'estomac peuvent être suivis depuis les couches optiques jusqu'au commencement de la moelle cervicale ; de là, ils émergent de la moelle avec des filets qui forment les petites racines du plexus cœliaque ou avec les filets des nerfs splanchniques ; d'autres se détachent de la moelle épinière au niveau des nerfs cervicaux pour gagner les nerfs vagues ou le grand sympathique.

M. G. Sée dit bien que le premier groupe de ces nerfs est le principal ; mais il ajoute lui-même que c'est dans la *paralysie complète* de tous les filets qu'on ob-

serve des dilatations vasculaires et de la dyspepsie vraie. Les filets vaso-moteurs contenus dans les pneumogastriques doivent donc avoir une certaine importance et jouer un rôle dans la vascularisation de la muqueuse stomacale. Par suite, la sécrétion du suc gastrique, qui est certainement liée à l'hyperhémie ou à l'anémie de cette muqueuse, n'est pas complètement indépendante du pneumogastrique, et l'on peut admettre *a priori* que les excitations de ce nerf d'origine cardiaque ne sont pas sans influence sur elle.

J'avoue que cette question de pathogénie est fort délicate, et mériterait des études complémentaires. On ne peut même pas affirmer que l'anémie de la muqueuse stomacale, en particulier, ait une grande action sur la sécrétion du suc gastrique. Raisonnons par analogie : Quand on lie la veine porte ou les artères hépatiques, on observe peu ou point de troubles dans la sécrétion de la bile. Dans ce cas, cependant, on produit dans le foie une anémie d'une certaine nature. Si, au contraire, par une saignée abondante, on prive un animal d'une quantité notable de sang et de globules rouges, on observe alors que la bile est soudain diminuée dans sa quantité et altérée dans ses qualités. On est, en effet, en présence non plus d'une anémie relative, mais d'une anémie absolue, si je puis m'exprimer ainsi. Eh bien, cette anémie absolue, on ne la rencontre pas, il est vrai, habituellement dans les maladies du cœur, et nous renonçons volontiers à la faire entrer dans la pathogénie des troubles sécrétoires. Mais pour en finir avec cette question, et anticiper sur nos conclusions,

ne doit-on pas se demander si l'anémie absolue, qui à un moment donné, affecte tous les organes dans l'insuffisance aortique, ne retentit pas sur l'estomac. Si l'on réfléchit que dans la pathologie tout entière, on trouve des exemples des souffrances qui accompagnent l'arrêt brusque ou même le ralentissement brusque de la circulation dans une région munie de nerfs sensibles, comme dans la gangrène sénile, par exemple, ou comme dans l'angine de poitrine consécutive à l'oblitération des artères coronaires; si, d'autre part, on considère le caractère particulièrement gastralgique des troubles digestifs dans l'insuffisance aortique; si on remarque qu'on observe quelquefois dans cette affection une véritable névralgie de l'estomac sans renvois acides, sans nausées, sans vomissements : l'esprit n'est-il pas porté à admettre que dans l'estomac du cardiaque, comme dans les membres nécrobiosés du vieillard, comme dans le cœur du viveur atteint d'artério-sclérose, les mêmes causes ont produit les mêmes effets ? et que ces accès gastralgiques rapides, répétés, que l'on observe dans l'insuffisance aortique ne sont pas dus, eux aussi, à une ischémie momentanée ou habituelle de la muqueuse stomacale, ischémie que le processus de la maladie nous autorisait à supposer *a priori* ? C'est là, disons-le dès maintenant, une des grandes formes de la dyspepsie cardiaque, forme que nous opposerons tout à l'heure à la forme congestive, apanage des maladies mitrales et des maladies du cœur droit.

Venons maintenant aux lésions des organes diges-

tifs et aux troubles de leurs fonctions que nous avons placés sous la dépendance du pneumogastrique, et dont nous avons fait des actes réflexes sans être complètement édifié sur leur pathogénie. C'est ainsi que dans le goitre exophtalmique on observe des vomissements de matières aqueuses, d'après M. Jaccoud. M. Charcot, dans une de ses dernières leçons de la Salpêtrière, signale la fréquence dans cette maladie d'une diarrhée presque jamais accompagnée de coliques, se montrant par intervalles, sous forme de crises; c'est, dit-il, un flux séreux durant de quelques heures à deux ou trois jours, et disparaissant spontanément pour revenir à des intervalles plus ou moins réguliers. Le mode de production de ces accidents est bien difficile à expliquer dans cette névrose du cœur, aussi bien que la boulimie qui l'accompagne quelquefois.

Pourquoi l'hypertrophie simple du cœur, dégagée de toute complication aortique ou pulmonaire, est-elle suivie de constipation et d'anorexie (Strümpell)? Nous l'ignorons.

Il en est de même des troubles gastriques qu'on observe communément dans l'angine de poitrine. L'artério-sclérose qui existe, à un degré plus ou moins élevé, chez les malades atteints de cette affection, ne les explique pas tous. C'est ainsi qu'on observe à la fin de l'accès du ballonnement de l'estomac, des flatulences, des éructations, et d'abondantes évacuations gazeuses (Watson). « Mais dans quelques circonstances, dit Letulle (*loco citato*, p. 178), les troubles gastriques deviennent prédominants et absorbent, non seulement

par leur intensité, mais encore par leur persistance, l'attention du malade au point de faire méconnaître la forme larvée, ébauchée dans l'angine de poitrine (Leared). Broadbent notait déjà que ces douleurs gastriques violentes, qui s'observent parfois chez les individus atteints d'affections de l'aorte, offraient un rapport curieux avec l'angine de poitrine. Les douleurs gastriques présentent même parfois le type d'accès de gastralgie intense avec dilatation énorme et passagère de l'estomac, vomissements, vomituritions et tympanite. Ce sont de véritables accès gastralgiques, qui peuvent précéder, accompagner ou suivre les accès de névralgie cardiaque. »

Ces douleurs, s'irradiant au loin, auraient pris, dans un cas de Bucquoy (Soc. clinique de Paris, 1878) l'aspect de véritables coliques hépatiques.

Ces troubles fonctionnels, dans l'angine de poitrine, auraient pour Letulle et d'autres auteurs, une origine nerveuse. Le syndrome angine de poitrine serait pour eux une affection douloureuse du pneumogastrique. Nous avons dit que, jusqu'à plus ample informé, nous acceptons cette explication des troubles digestifs dans l'angor.

Dans l'observation de Huchard (Union méd., 1879), où l'on voit une angine de poitrine cardiaque et pulmonaire, chez un dyspeptique probablement goutteux, s'accompagner de dilatation extrême de l'estomac, nous serions en présence, non plus d'une simple névralgie, mais d'une paralysie totale du pneumogastrique ?

Cette observation d'angine de poitrine, compliquée de dilatation de l'estomac, n'est du reste pas isolée. Chez un malade à qui M. Peter a consacré une de ses cliniques en mai 1885, on trouvait, à côté d'une dilatation stomacale considérable, le plexus cardiaque douloureux à la pression, ainsi que le plexus solaire, et les deux nerfs pneumogastriques explorés à la région cervicale.

L'angine de poitrine n'est pas, du reste, la seule affection du cœur qui puisse se compliquer de dilatation de l'estomac. Une de nos observations, que nous résumons plus loin, en fait foi.

Nous savons, d'ailleurs, qu'il peut ne pas y avoir de dyspepsie dans la dilatation de l'estomac. Quand il y en a, a dit M. le professeur G. Sée, c'est par la diminution de la quantité du suc gastrique; le nombre des glandes à pepsine, loin de s'augmenter, diminue, la paroi distendue étant formée par du tissu cellulaire et une infiltration des petites cellules néoplasiques.

Pour en finir avec ces troubles, dont la pathogénie est obscure, mais qui sont probablement dus à l'excitation réflexe du pneumogastrique, notons les sensations qui accompagnent l'intermittence du cœur, à quelque cause qu'elle se rapporte, telles que pression au creux épigastrique, sensation d'éruclation imminente, bâillement avorté, avec une tension gastrique se propageant jusqu'aux mâchoires (Letulle); enfin tous ces troubles encore mal étudiés déterminés dans la sphère du plexus solaire par l'intermédiaire du pneumogastrique cardiaque.

De la dyspepsie cardiaque par troubles mécaniques. —

Cette pathogénie des troubles de la digestion dans les maladies du cœur est bien évidente; et c'est à elle que M. Constantin Paul les rapporte presque tous. Il admet, ce qui est vrai, qu'à un moment donné la stase sanguine qui existe dans la veine cave inférieure et dans les veines sus-hépatiques gagne la veine porte, et, par suite, les veines des organes abdominaux et de l'estomac. Par le fait de cette congestion, la muqueuse gastro-intestinale prend une coloration rouge, s'infiltré d'un liquide séreux et se ramollit; la sécrétion s'arrête ou se ralentit; la congestion peut même amener des suffusions sanguines et des érosions de la muqueuse, voire de véritables ulcérations. Les autres organes, la rate, le pancréas, les ganglions mésentériques, sont pris en même temps; il peut se produire aussi de l'ascite. Cette ascite se rencontre, compliquée de l'hydrothorax, dans une de nos observations.

Dans ces conditions, comme le dit M. Constantin Paul, la digestion et l'absorption deviennent difficiles.

Nous ne nous étendrons pas plus que de raison sur les troubles mécaniques de la digestion produits par l'ascite et l'hydrothorax dans les maladies du cœur; nous rappellerons seulement que cette ascite est incurable si elle dépend d'une cirrhose cardiaque, comme c'est presque toujours le cas; et que, malgré des ponctions répétées, le liquide se reproduira indéfiniment. Au contraire, l'ascite qui ne provient pas d'une stase du sang dans le système porte est justiciable de la

diurèse. Ces deux espèces d'ascite peuvent, du reste, exister à tour de rôle chez le même individu, ainsi que le démontre une observation de Desnos. (*Gazette des Hôpitaux*, 21 févr. 1885.)

Nous nous attacherons plus spécialement aux altérations et aux troubles fonctionnels produits par la stase veineuse elle-même, accompagnée de cirrhose cardiaque du foie, car c'est un des modes de production les plus fréquents de ces troubles.

L'hyperhémie du foie se reconnaît au poulx hépatique plus fréquent dans l'insuffisance tricuspide, à l'hypertrophie de l'organe, à la gêne qu'il cause et à la douleur dont il est le siège (Parrot). « Non-seulement, en effet, il dépasse les fausses côtes, mais on l'a vu, dit ce savant maître, atteindre l'ombilic. Sa masse entière est hyperhémisée sans qu'il subisse de changements morphologiques. La congestion du foie s'accompagne, chez certains malades, de celle de tout le système veineux abdominal. Celle de l'intestin s'accuse par du ballonnement, ce qui augmente notablement la gêne et l'anxiété des malades. » Disons tout de suite que les principaux accidents auxquels donne lieu cette stase veineuse sont : du côté de l'estomac, des varices stomacales, des hématemèses cardiaques, peut-être quelquefois de véritables ulcères, et surtout du catarhe chronique de l'estomac. Du côté de l'intestin, de la diarrhée séreuse et de la diarrhée vaso-motrice (Dujardin-Beaumetz). Enfin, parmi les accidents dus à la même cause on a signalé récemment l'ictère cardiaque.

Mais, avant de passer à l'examen de ces troubles

divers, nous rappellerons d'abord quelques points de l'anatomie du système veineux abdominal. On sait que les branches d'origine de la veine porte sont : la veine splénique, la veine mésaraïque supérieure, l'inférieure, enfin la veine gastrique supérieure ou coronaire stomachique. Dans les cas d'obstruction des rameaux de la veine porte par une cirrhose hépatique, la circulation collatérale, qui ramène le sang porte dans la circulation générale, se fait par quatre voies différentes. La première et la plus importante constitue le système des veines portes accessoires de M. Sappey, dans lequel les veines les plus utiles au rétablissement de la circulation sont les veines du ligament suspenseur et les veines qui proviennent de la partie sus-ombilicale de la paroi abdominale antérieure. En second lieu nous trouvons les veines hémorroïdales supérieures et inférieures, qui font communiquer la veine mésaraïque inférieure, branche d'origine de la veine porte, avec la honteuse interne, branche d'origine de l'hypogastrique. La troisième route est fournie par des veines qui naissent dans les parois de l'intestin, et qui, au lieu de se rendre dans le système porte, se jettent par le moyen d'un troncule soit dans la veine cave elle-même, soit dans l'une de ses veines afférentes. Enfin, comme quatrième et dernière voie de circulation collatérale, nous trouvons précisément deux des branches d'origine de la veine porte que nous avons signalées tout à l'heure, les deux coronaires stomachiques gauche et droite. C'est celle qui nous intéresse surtout. Le coronaire stomachique gauche a des ramifications œso-

phagiennes; celles-ci s'anastomosent avec des branches œsophagiennes dites supérieures, lesquelles communiquent avec les intercostales ou l'azygos; avec les diaphragmatiques supérieures qui se jettent dans la veine cave supérieure; avec les diaphragmatiques inférieures, branches de la veine avec inférieure. (Charcot, *Leçons sur les Maladies du foie.*)

On comprend alors qu'on ait trouvé, dans des cas de cirrhose, une dilatation considérable de la coronaire stomachique gauche. Dans une de nos observations, appuyée par l'autopsie, nous retrouvons la dilatation variqueuse des veines à la partie déclive du grand cul-de-sac et au niveau de la petite courbure.

En poursuivant l'étude des accidents dus à la stase veineuse, dont nous venons d'esquisser le mécanisme, nous ne ferons que signaler en passant l'ictère cardiaque, qui se produit quelquefois par congestion du foie à la période d'asystolie. Mon ancien maître, M. le professeur Lépine, a, dans des expériences récentes, provoqué un ictère analogue par la ligature de la veine cave inférieure.

Les hématomés cardiaques sont rares; elles ont néanmoins été observées. Nous en avons vu un cas à l'hôpital militaire de Lille, en 1884; malheureusement nous n'avons pas retrouvé les détails de cette observation. La congestion veineuse gastro-intestinale explique d'ailleurs ces hématomés, comme l'hyperhémie passive du poumon dans les lésions valvulaires explique l'hémoptisie cardiaque (Strümpell). L'hématémèse par stase est admise par M. le professeur Jaccoud

(*Pathologie interne*, II, p. 184). Il est même probable, et l'expérience nous autorise à penser qu'elle peut se produire par les deux mécanismes qu'on observe dans l'hémoptysie cardiaque, à savoir la stase du sang dans le système veineux de l'estomac, et en second lieu l'oblitération artérielle par embolie. Ce dernier mode appartiendrait spécialement aux lésions mitrales. Ne peut-on admettre ce mécanisme quand on a signalé déjà des embolies intestinales dans l'endocardite infectieuse (cas d'Eisenlohr)? Et, si rare que soit l'embolie de l'artère mésentérique, n'a-t-elle pas été observée dans les affections valvulaires, accompagnée d'une hémorrhagie intestinale, de coliques déchirantes, de collapsus général et des signes de la péritonite. (Strümpell)?

Pour ce qui est de l'ulcère stomacal d'origine cardiaque, nous croyons que la science n'en possède pas d'exemple probant, et nos recherches cliniques ne nous ont pas donné de résultats à ce sujet. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que les diverses conditions étiologiques de l'ulcère, admises par les auteurs, telles que la stase veineuse ou érosion (Rokitansky), l'obstruction des petits rameaux de l'artère gastrique (Virchow), la thrombose des veines de l'estomac (Müller) se rencontrent fréquemment, comme nous l'avons démontré, dans les altérations valvulaires.

Nous arrivons maintenant à la lésion prédominante, nous pourrions presque dire à la lésion constante de l'estomac cardiaque, celle que l'on rencontre, lors de l'autopsie, chez presque tous les gens morts de la

cachexie cardiaque, c'est-à-dire le catarrhe chronique de l'estomac. On devait prévoir ce résultat en se reportant à l'étiologie habituelle de cette maladie. Quelles sont donc les causes les plus communes du catarrhe chronique de l'estomac, admises par tous les auteurs, sinon la sclérose hépatique, la sclérose du poumon, les lésions du cœur droit, les lésions mitrales, l'état variqueux des veines portes, tous les troubles circulatoires engendrant la sécrétion défectueuse du suc gastrique, les perturbations apportées par excitation réflexe dans les contractions péristaltiques, et aussi tous les troubles de la résorption stomacale ?

Le catarrhe chronique de l'estomac cardiaque n'est pas absolument le même que le catarrhe classique des buveurs, par exemple ; nous avons déjà, d'après Maurice Raynaud, défini ses caractères. Nous avons vu que les symptômes étaient variables dans les diverses pathogénies que nous avons passées en revue ; nous verrons plus loin que l'anatomie pathologique est aussi spéciale, et caractérisée par des érosions multiples, par l'état variqueux des veines et par des exsudats diphtéroïdes.

Ce qui se rapprocherait peut-être le plus de l'estomac cardiaque, ce serait l'estomac urémique ; nous arrivons au diagnostic différentiel.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il est en pathologie tel et tel processus morbide dans lequel nous rencontrons des troubles dyspeptiques et des perversions fonctionnelles du cœur sans que nous soyons autorisés pour cela à établir entre les deux ordres de faits une relation de cause à effet. En d'autres termes, il ne suffit pas qu'un malade accuse des palpitations et se plaigne en même temps de troubles des fonctions de l'estomac quelle que soit leur nature pour que nous portions le diagnostic de dyspepsie cardiaque.

Il y a à cela plusieurs raisons. Si nous avons démontré, comme nous l'espérons, que les affections du cœur engendrent souvent les affections de l'estomac, il n'en reste pas moins acquis, comme nous l'avons établi dans la première partie de ce travail, que les affections de l'estomac peuvent aussi donner naissance aux affections du cœur. Il n'est pas toujours facile, quand on ne voit pas les malades au début et qu'ils n'offrent pas de commémoratifs bien nets, d'établir la filiation des accidents.

Au fond, il importerait peu, en présence de ces deux lésions, de faire ce diagnostic délicat si nous pouvions affirmer qu'elles sont nées l'une de l'autre. Dans les deux cas la thérapeutique serait la même, les mé-

dicaments gastriques devant être associés aux médicaments cardiaques.

Mais il faut se méfier des cas où survient un troisième larron : il se cache quelquefois si bien qu'il peut être difficile de le reconnaître dans cette association, bénigne en apparence, de quelques troubles dyspeptiques et de palpitations dues à une légère hypertrophie du cœur gauche.

Il est telle observation de Leared, par exemple, à laquelle, si l'autopsie n'était venue confirmer le diagnostic du savant médecin anglais, on pourrait répondre : Les troubles digestifs de votre malade étaient des signes précurseurs de l'urémie; son insuffisance aortique n'était pas essentielle; elle était le résultat d'une hypertrophie du ventricule gauche, due elle-même au mal de Bright. Et si l'on admet que le mal de Bright, comme l'enseigne avec son autorité M. le professeur Brouardel, peut donner lieu à la mort subite, au même titre que l'insuffisance aortique, que répondre à cette argumentation en dehors des résultats de l'autopsie?

La question est encore plus complexe; car si les néphrites interstitielles et les néphrites diffuses donnent lieu à une hypertrophie du ventricule gauche, en même temps qu'à des troubles de la digestion stomacale, la réciproque est également vraie. Telle lésion du cœur donnera naissance à une congestion passive du rein, au rein cardiaque de M. Jaccoud, qui pourra réagir lui-même d'une manière fâcheuse sur les fonctions de l'estomac. On peut donc se demander si, outre les

modes de production des troubles digestifs dans les maladies du cœur que nous avons étudiées, il n'y en aurait pas un autre dans lequel la lésion du rein, la néphrite chronique, jouerait le rôle d'intermédiaire.

On admet généralement que les troubles produits dans les fonctions de l'estomac par la néphrite chronique sont des effets de l'urémie. Les accidents déterminés du côté de la muqueuse gastro-intestinale par l'urémie peuvent se résumer ainsi : vomissements, dyspepsie et gastro-entérite par élimination de l'urée. L'étude de l'estomac urémique comprend, en effet, une anatomie et une physiologie pathologiques un peu spéciales. Au point de vue des lésions, comme nous l'avons déjà dit, l'estomac urémique ressemble beaucoup à l'estomac cardiaque primitif : on y rencontre la même teinte ardoisée, avec un mucus abondant, grisâtre, visqueux et gluant ; quant aux troubles fonctionnels, ce sont surtout des nausées et des vomissements, accompagnés d'un dégoût invincible pour les aliments, en particulier pour les matières animales (Lancereaux.)

Il est à noter que, dans nombre de cas, on constate, dans les vomissements des urémiques, la présence d'une certaine quantité d'urée. Le fait, quoique inconstant, a une certaine valeur diagnostique ; il est inutile de dire qu'on ne l'observe pas dans les vomissements d'origine cardiaque.

Il ne faut pas oublier non plus que l'hystérie, accompagnée ou non de crises, peut présenter des symptômes concomitants du côté de l'estomac et du côté du cœur, sous forme de palpitations, de congestions et

d'anémies passagères, de gastralgie, de dyspepsie, voire même d'hématémèses.

Un autre grand processus morbide, dont le rôle est encore plus difficile à délimiter dans les affections simultanées du cœur, de l'estomac et des reins, c'est l'artério-sclérose généralisée, qu'on rencontre le plus souvent à côté du foie et du rein cardiaques, que le processus scléreux soit primitif ou secondaire, qu'il ait donné naissance à une endocardite valvulaire, ou qu'il soit né d'elle par propagation.

Voici une maladie qui tient de si près à la maladie de Bright, de si près aux altérations du myocarde et de l'endocarde, que quelques auteurs en ont voulu faire la mère commune de toutes ces affections. Joignez à cela que, par son étiologie la plus fréquente, l'alcoolisme, elle est bien proche parente de la gastrite chronique; et jugez s'il est facile, dans un syndrome aussi compliqué, de discerner ce qui est primitif de ce qui est secondaire.

Il est certain que l'artério-sclérose est fréquemment accompagnée d'hypertrophie du cœur gauche, et que, dans cette hypertrophie, il arrive un moment où le foie et le rein se prennent, et où les troubles digestifs apparaissent et se caractérisent principalement par des régurgitations sans nausées.

Nous savons déjà que la myocardite graisseuse est fréquemment compliquée de troubles dyspeptiques, de gastralgie, d'anorexie, par le fait, comme le dit très bien M. Peter, d'une sorte de défaillance du pneumogastrique, de la gêne de la circulation stomacale, de

l'insuffisance sécrétoire des glandules de l'estomac, et de la faiblesse de la contractilité musculaire de cet organe. C'est là une véritable dyspepsie cardiaque et non une dyspepsie goutteuse, bien qu'on la rencontre très souvent chez les goutteux. Nous avons particulièrement connu un malade goutteux depuis de longues années et atteint d'une affection aortique légère, dont l'appétit et les fonctions digestives se conservèrent intactes, jusqu'au moment où le myocarde devint malade à son tour. Alors les symptômes stomacaux firent leur apparition, et cela avec une grande violence. Le malade vécut encore un an, en gardant un embonpoint exagéré, et succomba dans une période d'asystolie.

Eh bien, à côté de ces cas où la myocardite peut être incriminée à propos des lésions et des troubles stomacaux, il en est d'autres où cette relation ne peut pas et ne doit pas être établie.

Il est particulièrement une forme de l'artérite, rare d'ailleurs, dans laquelle on rencontre à la fois, et primitivement, une dégénérescence du myocarde et des lésions de l'estomac : nous voulons parler de la péri-artérite noueuse diffuse, caractérisée par la présence de petites masses, arrondies et très analogues à des tubercules, dans la tunique externe des artères. M. Lancereaux rapporte, dans son remarquable article du Dictionnaire de Dechambre, l'observation « d'un jeune homme de 27 ans, dont la plupart des artères, ne dépassant pas le calibre de l'artère hépatique, se trouvaient affectées : les artères de l'estomac, de l'intestin, de la rate et du cœur..... Du côté des viscères, on

constatait à l'autopsie l'atrophie du cerveau et l'œdème de la pie-mère, la dégénérescence granuleuse ou amyloïde des fibres musculaires du cœur, et d'un grand nombre de muscles volontaires, une dégénération graisseuse de quelques tubes nerveux, une néphrite diffuse. On trouvait de plus une entérite muqueuse, des érosions hémorragiques de l'estomac, lésions qui étaient vraisemblablement une conséquence des lésions des artères coronaire, stomachique et mésentérique. »

M. Lancereaux cite encore le fait d'un autre malade de l'Hôtel-Dieu, chez qui on constatait des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation, se rattachant vraisemblablement aux lésions des artères mésentériques avec palpitations et douleurs musculaires.

De ces exemples nous pourrions rapprocher des observations plus récentes de M. Huchard, dans lesquelles l'artério-sclérose, après avoir débuté, tantôt par le foie, tantôt par les reins, avait fini par envahir le cœur, l'estomac et même le poumon.

Il est évident d'ailleurs que dans les cas d'artério-sclérose, se manifestant à la fois par des troubles cardiaques et des troubles gastriques, le diagnostic pourra être éclairé par l'état des artères, par les antécédents du malade, etc....

Les différentes dyspepsies que nous venons de passer en revue, ne sont évidemment pas des dyspepsies cardiaques pures; elles font partie d'un processus morbide complexe et sont des dyspepsies constitution-

nelles au même titre que la dyspepsie alcoolique, la dyspepsie diabétique, la dyspepsie goutteuse, la dyspepsie tuberculeuse, la dyspepsie rhumatismale, la dyspepsie herpétique, etc....

Il est encore une maladie que Spillmann nous a fait connaître il y a une dizaine d'années, et qui, à ses débuts, présente assez exactement le tableau d'une névrose cardiaque, telle que la maladie de Basedow fruste, par exemple, et qui se complique en outre d'une myocardite graisseuse et de troubles digestifs souvent fort accentués : nous voulons parler de l'anémie progressive pernicieuse.

Cette affection a peu de rapport avec l'anémie simple ; d'après M. Ponfick, sa caractéristique anatomique serait une dégénérescence graisseuse du cœur. D'autre part, c'est dans l'intestin que résiderait sa cause première, à savoir un catarrhe folliculaire de cet organe.

On voit d'ici le cortège de symptômes qui découlent naturellement de ces deux faits. Bruits du cœur sourds, mal frappés, lointains, palpitations ; quelquefois étourdissements dus à une contraction passagère et exagérée de la fibre cardiaque, faiblesse générale, voilà pour le cœur ; perte d'appétit, sensation de barre au creux épigastrique, digestions pénibles, diarrhée, voilà pour le tube digestif, et brochant sur le tout des accès de fièvre plus ou moins irréguliers, dénotant la nature infectieuse de la maladie.

Il est évident qu'au début de la maladie on sera porté à diagnostiquer une myocardite primitive, à quelque origine qu'on la rapporte, et une dyspepsie

cardiaque consécutive. Les accès fébriles et la diarrhée précoce seront les signes principaux qui permettront d'écarter ce diagnostic et de soupçonner l'invasion d'une anémie progressive pernicieuse.

Il est enfin une dernière sorte de dyspepsie cardiaque, si on peut l'appeler ainsi, que nous signalerons en passant pour épuiser ce diagnostic différentiel. On est exposé à la rencontrer fréquemment, et il ne faut pas la mettre sur le compte ni d'un acte réflexe, ni d'un trouble de la circulation. On sait, en effet, que quelques médicaments cardiaques, et en particulier la digitale, provoquent chez certains malades une intolérance absolue. C'est généralement vers le cinquième ou sixième jour de l'administration de la digitale que l'estomac se révolte ; c'est aussi quelquefois beaucoup plus tôt, et l'on a vu des malades qui n'ont pu supporter même une fois les préparations de digitale. On observe dans ces cas des vomissements et rien de plus.

On a signalé deux cas d'intolérance stomacale pour la caféine. Dans les deux cas, le malade était atteint de cirrhose avec ascite (Huchard, Durand). Au contraire, la convallaria, d'après M. Germain Sée, exciterait l'appétit et faciliterait les évacuations.

On sait enfin les troubles que peuvent produire dans les fonctions de l'estomac, et le bromure de potassium et la trinitrine et l'opium, et l'adonis. Il n'est pas de médicament cardiaque qui ne puisse être accusé d'un méfait de ce genre ; mais de tous, c'est la digitale qui a été le plus incriminée et à juste raison.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS CLINIQUES

En 1867, Arthur Leared faisait paraître, dans le *Medical Times and Gazette*, sous le titre d'« Affections larvées du cœur », un travail fort intéressant sur les complications digestives des affections cardiaques. Ce travail, basé sur neuf observations, commençait ainsi : La défaillance cardiaque est trop souvent accusée par une sensation d'oppression après le repas, de la flatulence et d'autres symptômes gastriques. Mais j'ai rencontré bon nombre de cas où l'affection cardiaque était si étrangement masquée par celle de l'estomac que rien dans l'état des malades n'avait de rapport avec l'affection primitive.

Les observations de Leared concernent principalement les troubles de la digestion dans l'insuffisance aortique.

OBSERVATION I (empruntée à Leared).

Un conducteur d'omnibus, d'habitudes sobres et régulières, âgé d'environ soixante ans, vint se confier à mes soins, à l'Infirmerie royale, pour une affection thoracique (?). Il se plaignait surtout de vives douleurs à la région épigastrique après les repas; un traitement antérieur les avait diminuées sans les faire

disparaître. Son cœur n'avait pas été examiné, car il n'avait jamais attiré l'attention sur ce point.

Tandis qu'un jour il conduisait un omnibus dans la rue Saint-Paul, il tomba de son siège sans connaissance, il expira avant qu'on ne l'eût transporté à l'hôpital Saint-Barthélemy.

A l'autopsie, l'estomac paraissait tout à fait sain, tandis que l'orifice aortique était partiellement oblitéré par des dépôts athéromateux. Les valvules étaient tout à fait insuffisantes.

OBSERVATION II (empruntée à Leared).

Au mois d'août 1860, peu après ce premier cas, je fus consulté par un officier, âgé de 38 ans, qui s'était mal trouvé du climat des Indes. Il se plaignait de flatulence, de gonflement de l'estomac après les repas, de constipation. En examinant le cœur, je trouvai le premier bruit remplacé par un souffle en jet de vapeur, dont le maximum d'intensité était à la base. Le pouls était légèrement intermittent. L'état de ce malade s'améliora beaucoup par un traitement approprié, et il devint plus fort qu'il ne l'était depuis des années. Mes conseils d'éviter tout exercice violent ne furent pas toujours suivis ; mais, bien que le voyant souvent, je ne l'entendis jamais se plaindre de son cœur. Il vint pour la dernière fois me consulter en mars 1861 ; j'étais absent. Quelques jours plus tard on le trouvait mort dans son lit.

Cette observation, non suivie d'autopsie, n'est pas très explicite au point de vue du diagnostic. Le premier malade de Leared était mort subitement à la suite d'une insuffisance aortique ; le second, au contraire, paraît avoir eu une aortite avec rétrécissement, et sa mort serait peut-être due à une embolie (?). Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, les troubles gastriques avaient dominé la scène.

OBSERVATION III (traduite d'après Leared).

En février 1861, M. S... vint me faire, à ma clinique, le récit d'une grave dyspepsie. Le principal symptôme était une douleur aiguë et cuisante à l'épigastre, après les repas. Il ne se plaignait pas du tout de son cœur. Bientôt après, lors d'une seconde visite, j'entendis un bruit analogue à celui d'un soufflet, mais distinct, du premier bruit du cœur ; on le percevait surtout à 1 pouce ou 1 pouce 1/2 à droite du mamelon, et un peu plus bas. Je revis ce malade par occasion, trois mois environ après l'avoir perdu de vue. Les symptômes du côté de l'estomac avaient grandement diminué sous l'influence du traitement, mais les bruits anormaux du cœur avaient augmenté ; les battements étaient par moments interrompus. Il se plaignait aussi de palpitations à la région précordiale et de vertiges.

Ici diagnostic incertain ; peut-être insuffisance mitrale ?

OBSERVATION IV (traduite d'après Leared).

Le 4 avril 1861, M. A..., capitaine dans la marine marchande me fut envoyé par M. Allison, de Barrow. Ce malade se plaignait seulement de vives douleurs à l'épigastre, et aussi d'une douleur spéciale s'irradiant de l'épigastre à un point situé entre les épaules. Il ne souffrait pas d'une dyspepsie flatulente, mais au contraire d'une pyrosis intense avec sensation de brûlure à la région précordiale. Il était habituellement constipé. A l'auscultation, je trouvai un souffle qui remplaçait le deuxième bruit du cœur, souffle qui était plus intense à la base de l'organe et au niveau de la partie supérieure du sternum. Les pulsations de l'artère radiale étaient visibles. Je fis le diagnostic d'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte. Plus tard, M. Allison m'in-

forma par lettre que le malade était mort subitement peu de temps après.

Cette observation est très probante pour la théorie que nous soutenons : du côté du cœur, insuffisance aortique; du côté de l'estomac, troubles anémiques passagers probablement; par suite, pyrosis, gastralgie et rien de plus.

OBSERVATION V (traduite d'après Leared).

Au mois de mars 1863, je fus consulté par un gentilhomme polonais au sujet de vives douleurs qu'il éprouvait après les repas au creux de l'estomac, et qui existaient depuis plusieurs années. Feu le Dr Tood supposait, me dit-il, que ces douleurs étaient causées par un ulcère de l'estomac. Ce malade était en outre vivement surexcité par un appel aux armes qui n'avait point trouvé d'écho en Pologne, et il en parlait avec une grande chaleur. A côté de l'élément douleur, il se plaignait aussi d'une sensation d'acidité fort désagréable, sans flatuosités. A l'auscultation, je trouvai que les deux bruits du cœur étaient remplacés par deux souffles qu'on entendait particulièrement au niveau de la base; le souffle du premier temps était à peine perceptible à la pointe. Les battements du cœur étaient intermittents avec des temps d'arrêt assez prolongés. Il ne se plaignait pas de son cœur, et à toutes les questions qui lui furent faites il répondait invariablement qu'il n'en souffrait point. La facilité avec laquelle on voyait battre les artères, surtout dans l'espace compris entre le pouce et l'index gauche, avait attiré son attention depuis deux ans. Je n'eus pas l'occasion de revoir ce malade une seconde fois, et trois mois après j'appris sa mort par le Bulletin nécrologique du *Times*.

Dans cette observation encore, nous trouvons une

insuffisance aortique compliquée de rétrécissement, avec les symptômes gastriques douloureux qui paraissent être le propre des maladies de l'orifice de l'aorte.

OBSERVATION VI (traduite d'après Leared).

M. P..., âgé de 65 ans, d'une bonne santé apparente, vint me voir, en mars 1862, pour des douleurs qu'il ressentait après l'ingestion des aliments, avec hyperesthésie au creux épigastrique. En l'auscultant, je trouvai un bruit de souffle au premier temps, bruit de souffle qui s'entendait très distinctement au niveau de la partie supérieure du sternum.

Il me raconta qu'il n'éprouvait pas de palpitations, mais que de temps en temps il ressentait une douleur légère à la région précordiale. Par le traitement, les symptômes gastriques que présentait ce malade s'améliorèrent, et je le perdis de vue quelques mois après.

OBSERVATION VII (traduite d'après Leared).

Un gentleman, 62 ans, grand négociant, d'une bonne constitution apparente, vint me consulter en janvier 1864; il souffrait depuis un certain temps d'une douleur aiguë qui le prenait environ deux heures après son repas. Cette douleur prenait naissance dans la région épigastrique et s'étendait jusqu'au bas de la poitrine et spécialement vers la région précordiale, et était accompagnée d'une flatulence considérable; les fonctions du tube digestif s'accomplissaient d'une manière régulière. La langue n'était pas sale, mais elle présentait une rougeur tout à fait extraordinaire à la pointe. A l'auscultation je trouvai un souffle intense, dont le maximum était à la base et au second temps. Les battements du cœur étaient intermittents. Néanmoins il est certain que le malade n'avait conscience d'aucun symptôme qu'il pût rapporter directement au fonctionnement de son cœur, et sa

Muller.

femme m'affirma qu'il n'avait jamais rien accusé de ce côté. L'usage de l'oxyde de manganèse (?) soulagea beaucoup ce malade, quoiqu'il fût encore sujet à des retours périodiques de ses douleurs, retours provoqués par des écarts de régime. J'appris sa mort quelque temps après, mais j'ignore dans quelles circonstances elle se produisit.

OBSERVATION VIII (traduite d'après Leared).

Au mois de juillet 1865, je fus consulté par Mme C..., âgée de 44 ans, pour une dyspepsie flatulente, se manifestant aussitôt après le repas et fréquemment accompagnée de nausées et de bouffées de chaleur. Cette dame était en proie à une insomnie habituelle, due aux douleurs qu'elle éprouvait continuellement à l'estomac. Elle ne présentait aucun des symptômes ordinaires des affections cardiaques. A l'auscultation, j'entendis un souffle à la base et au premier temps ; à la pointe on ne percevait distinctement que le deuxième bruit.

Sous l'influence du manganèse, et en suivant un régime sévère, la malade s'est beaucoup améliorée, et nous l'avons perdue de vue depuis quelque temps.

OBSERVATION IX (traduite d'après Leared).

En janvier dernier (1867) un homme, âgé de 45 ans, vint se confier à mes soins pour une affection thoracique et des douleurs d'estomac très vives. Il se plaignait uniquement de ces dernières, et déclarait que ses souffrances augmentaient beaucoup en mangeant. Je vis ce malade quelques fois seulement, mais comme il s'était beaucoup amélioré par le manganèse, l'affection dont il souffrait paraissait si franchement gastrique, que je me départis malheureusement de ma règle de conduite, qui est d'examiner le cœur chez tous les gastralgiques. Ce malade mourut subitement, et, à l'autopsie je découvris ce qui suit :

Le ventricule gauche était considérablement hypertrophié ; la

valvule mitrale était saine. Les valvules sigmoïdes de l'aorte fonctionnaient bien et paraissaient saines; mais immédiatement au-dessus de leur point d'insertion, l'aorte présentait une énorme dilatation sacciforme, comprenant toute la crosse et la portion descendante, le tout ayant une longueur de 10 pouces. Cet énorme anévrysme, que j'ai montré à la Société de pathologie, comprenait toutes les tuniques de l'artère et présentait cette particularité d'être si étroit au point correspondant à l'artère sous-clavière gauche, qu'il avait l'apparence d'un sablier. La mort résultait de la rupture de l'anévrysme et de son ouverture dans le médiastin postérieur. La femme du malade m'a assuré que, pendant toute sa maladie, qui avait duré plusieurs mois, il ne s'était jamais plaint que de son estomac.

Le Dr Broadbent, présent à la Société lorsque j'exposais cette observation, eut l'obligeance de me fournir, avec tous les détails, un cas qu'il me permet de publier :

« Une femme vint se confier à mes soins, se plaignant de douleurs d'estomac qui s'étendaient parfois vers l'omoplate, et survenaient après le repas. Rien n'appelait mon attention vers le cœur, et je ne l'auscultai point. Elle mourut subitement quelques jours plus tard, après avoir passé à table plus de temps que d'habitude. A l'autopsie, je trouvai toutes les valvules du cœur saines, mais, en revanche, de nombreuses plaques d'athérome dans l'aorte; plus bas, près du cœur, il y avait une érosion étendue de la tunique interne, dont les bords, irréguliers, surélevés, d'un rouge brillant, étaient le siège d'un dépôt considérable de fibrine. Le bord inférieur avait atteint les artères coronaires dont l'une était complètement oblitérée par de la fibrine; c'est à cette lésion que j'attribuai la mort subite. Je conclus que la douleur était due à l'état de l'aorte, qui avait simulé une douleur gastrique, et que l'estomac n'était pas atteint secondairement. Depuis je n'ai pas vu de cas où une affection cardiaque eût amené des douleurs pouvant simuler certaines formes de dyspepsie; mais j'ai observé que, quand les maladies

de cœur se manifestent avec des douleurs, c'est habituellement la valvule aortique qui est prise..... »

Dans les observations que nous venons de résumer, d'après Leared et Broadbent, le symptôme dominant, qui ne fait défaut dans aucune, c'est l'augmentation de la douleur par l'introduction des aliments dans la cavité stomacale. Aussi Leared, nous l'avons vu, s'était fait une règle d'examiner le cœur de tous les gastralgiques qui se présentaient à lui. Il n'est pas douteux pour lui, comme pour nous, que beaucoup d'affections du cœur sont méconnues, parce qu'elles sont masquées par une gastralgie qui seule attire l'attention du malade.

Nous ne suivrons pas Leared dans les explications qu'il donne des troubles gastriques observés par lui dans l'insuffisance aortique; suivant nous, ces explications sont erronées. Notons seulement que Leared, à propos de la congestion viscérale dans les maladies du cœur, dit avoir vu des exemples d'hématémèse cardiaque. Ces faits sont assez rares pour que nous plaçons ce souvenir à côté du cas qui nous est personnel.

OBSERVATION X (personnelle).

Insuffisance mitrale. — Rétrécissement aortique.

Hématémèses cardiaques.

Thérèse H..., âgée de 57 ans, journalière, entre au mois de février à l'hôpital Saint-Antoine, pavillon Lorain, service de M. Landrieux.

Père mort à 87 ans; mère morte à 51 ans, à la suite d'une

fausse couche. Un frère et une sœur morts, le premier d'accident, la seconde du croup. La malade a encore un frère qui présenterait des accidents semblables à ceux qu'elle éprouve. Elle a eu un érysipèle, il y a quinze ans.

Depuis trente ans environ, la malade prétend avoir subi chaque année une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui la cloue au lit pendant un mois, sans compter une quinzaine de jours de convalescence. Elle a eu sa dernière attaque à l'âge de 47 ans.

La malade raconte qu'elle a eu à cette époque des céphalalgies fréquentes, qui ne lui auraient pas laissé de repos pendant neuf ans. Elle avait déjà un mauvais estomac et digérait difficilement. Le moindre écart du régime auquel elle se soumettait amenait des nausées et des vomissements.

Les accidents du côté du cœur remontent à l'année 1871 et coïncident avec la ménopause. Ils ont débuté brusquement par des palpitations : la malade garda le lit pendant trois semaines. Depuis ce temps, elle ne s'est plus alitée jusqu'au mois dernier. Depuis un an, elle avait des épistaxis fréquentes qui, à plusieurs reprises, avaient nécessité le tamponnement.

Il y a quatre semaines, la malade rendit, à quatre reprises, en deux jours, des vomissements de sang rouge, caillé, dont elle évalue la quantité à deux cuvettes (?)

La malade entra à l'hôpital le 6 février. Malgré sa maigreur de date récente, elle présente une bouffissure du visage caractéristique.

Les jambes sont œdématisées, l'hypocondre droit est tuméfié et douloureux ; la dyspnée est très considérable, la faiblesse extrême, le pouls lent, irrégulier, bondissant.

Les conjonctives sont décolorées.

La malade vomit encore de temps en temps des matières bilieuses, quelquefois teintées par des filets de sang.

A l'auscultation du cœur, on trouve, à la pointe, un souffle assez fort, systolique, couvrant et effaçant le deuxième bruit. A la base, souffle très intense, au premier temps, se propageant le

long des vaisseaux. Le cœur paraît dilaté; la matité cardiaque se confond avec la matité hépatique.

Rien au poudon.

Traitement : Infusion de digitale, café. Sirop de morphine, sirop d'éther; 0,50 cgr. d'iodure de potassium. La dyspnée disparaît au bout de cinq à six jours.

4 mars. — La malade éprouvant de nouveau de la dyspnée, l'auscultation fait reconnaître la présence d'une pleurésie droite avec épanchement peu considérable. Râles de congestion dans l'étendue des deux poudons. Traitement par la digitale, les vésicatoires : amélioration rapide.

28 mars. — Les hématomèses ne se sont pas renouvelées. La malade quitte l'hôpital.

Cette observation, dans laquelle on trouve une congestion passive et douloureuse du foie accompagnée d'hématémèse, pourrait être rapprochée d'un cas publié par Hanot (sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie, Th. Paris, 1875). Il s'agit d'un homme atteint de cirrhose, essentielle cette fois, qui présentait pendant sa vie des hématomèses abondantes accompagnées de selles d'une couleur noirâtre. A l'autopsie, on trouva les veinules de l'estomac peu développées, mais sur les deux tiers supérieurs de la muqueuse œsophagienne, les veines sous-muqueuses énormément dilatées, formant des cordons longitudinaux, qui avaient environ le diamètre d'une plume d'oie. Sur un de ces cordons on trouva une petite ulcération de 0,001^{mm} de diamètre, obstruée par un caillot noirâtre.

OBSERVATION XI (personnelle).

*Hypertrophie du cœur. — Rétrécissement aortique.
Troubles digestifs.*

Albert P..., 22 ans, employé de commerce, très intelligent. Mère bien portante, mais d'un tempérament migraineux. Père mort à 56 ans, goutteux, avec une myocardite graisseuse et une lésion aortique mal déterminée. Une sœur en proie à des crises nerveuses, un frère bien portant, ayant eu déjà une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Ce malade se plaint d'avoir, depuis deux ans environ, des palpitations; il a toujours été essoufflé en courant et en montant des escaliers; il n'a jamais eu d'attaque de rhumatisme articulaire; il éprouve seulement de temps en temps quelques douleurs vagues dans les articulations. Il a eu une fois, dit-il, un rhumatisme musculaire, siégeant à la nuque, qui a duré quelques jours.

Pas d'alcoolisme bien évident, pas de masturbation, peu d'excès vénériens.

Le malade se plaint surtout de digestions pénibles et de gastralgies parfois très violentes. Après chaque repas, il éprouve une langueur indéfinissable et des étourdissements qui le forcent parfois à s'étendre. En même temps, il a de la pyrosis et des crampes d'estomac, comme si, dit-il, il avait absorbé une grande quantité de vinaigre. Il a quelquefois, mais rarement, des vomissements, surtout à la suite d'efforts de toux.

A l'examen du thorax, on trouve la pointe du cœur qui bat dans le sixième espace intercostal, plus près de l'aisselle qu'à l'état normal, ce qui indique déjà une hypertrophie notable.

La région épigastrique est plus sensible qu'à l'état normal.

A l'auscultation, on ne perçoit rien d'anormal dans les deux poumons, mais on entend un souffle rapeux au premier temps et;

à la base du cœur, souffle qui se propage le long des gros vaisseaux. De plus, les battements sont nettement irréguliers.

Le pouls est petit, irrégulier ; le tracé sphymographique donne une ligne d'ascension longue et inclinée.

Diagnostic : Hypertrophie et rétrécissement aortique.

En présence de l'irrégularité des pulsations, on donne à ce malade de la digitale à dose décroissante, en commençant par 0,40 cgr. On continue l'usage de ce médicament pendant une huitaine de jours. Le pouls devient rapidement plus tendu et plus régulier ; non seulement le malade éprouve moins de palpitations, mais il assure que les troubles digestifs sont bien amendés. Il ressent encore après les repas de la pyrosis. L'usage des alcalins l'améliore considérablement.

Après l'avoir perdu de vue, nous le rencontrons quelques mois après. Il nous raconte qu'il a été repris d'accidents semblables à ceux qui l'avaient amené à l'hôpital ; il a repris de la digitale et s'en est bien trouvé. C'est maintenant, avec le bicarbonate de soude, le remède à tous ses maux.

OBSERVATION XII (personnelle).

Insuffisance mitrale. — Dilatation de l'estomac.

Adèle M..., 53 ans, journalière, entre au mois de mai dernier à l'hôpital Saint-Antoine, pavillon Lorain, lit n° 20, service de M. Landrieux.

Son père est mort à 76 ans, et sa mère à 37 ans, d'une affection inconnue. Elle n'a ni frère ni sœur, mais trois enfants, dont une touse habituellement.

Cette malade souffre d'une bronchite chronique qui daterait de 1875. Elle n'a pas eu d'autre maladie. Elle a été soumise depuis un certain temps à des privations multiples.

Elle a commencé à être sérieusement malade il y a environ trois mois. Vers cette époque, la malade a éprouvé des palpita-

tions ; ses jambes ont enflé à plusieurs reprises, et, par deux fois, des hémoptysies, de nature probablement congestive, se sont produites.

A l'auscultation du cœur, on constate une arythmie absolue, avec un souffle systolique, dont le maximum d'intensité est à la pointe, et une sorte de roulement dans toute l'étendue de la région précordiale.

La malade déclare que, depuis trois à quatre mois, elle éprouve après les repas du ballonnement du ventre avec flatulence, éructations ; elle rend par en haut et par en bas une grande quantité de gaz. Les digestions sont laborieuses et pénibles, accompagnées d'une oppression et d'une anxiété considérables. On constate une dilatation de l'estomac, qui descend presque jusqu'à l'ombilic. On y perçoit du gargouillement, et en seouant la malade, on produit un clapotement notable.

Traitement par la digitale et le café. La malade, améliorée quitte l'hôpital au bout d'une quinzaine de jours.

OBSERVATION XIII (personnelle).

*Insuffisance mitrale. — Asystolie. — Estomac cardiaque
(Autopsie).*

Jean-Baptiste L..., âgé de 64 ans, marchand des quatre saisons, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broussais, le 12 mars 1886.

Ses parents sont morts très âgés d'une affection inconnue. Un frère, de 63 ans, en bonne santé. Une fille mariée et bien portante. Cet homme a été soldat pendant sept ans, a travaillé la terre jusqu'à l'âge de 35 ans, et est, depuis une vingtaine d'années, marchand des quatre saisons. Il a eu dans sa vie deux pleurésies.

Vers la fin de décembre 1885, il s'est senti affaibli et a gardé la chambre pendant tout le mois de janvier. Au commencement de février, il a pris, dit-il, une bronchite qui, en tout cas, a duré

peu de temps et n'a laissé que des traces légères. Pendant son évolution, le malade a commencé à avoir des palpitations, qu'il attribue à la toux, et qui n'ont pas cessé depuis lors. C'est pour ces palpitations que le malade entre à l'hôpital.

Le facies est légèrement bouffi, le poulx veineux est très marqué dans la jugulaire externe. Le thorax n'est pas déformé. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal sur la ligne du mamelon. Le cœur paraît abaissé en totalité. Dans l'abdomen existe une ascite considérable, ainsi qu'un œdème très marqué sur toute la longueur du membre inférieur et sur le scrotum.

Le poulx est bondissant, très irrégulier.

A l'auscultation, on entend, dans toute la poitrine et surtout à droite, les râles crépitants de la congestion et de l'œdème pulmonaire. Les battements du cœur sont tumultueux, sans aucun rythme. On perçoit, au premier temps et à la pointe, un souffle d'insuffisance mitrale, pas très accusé.

L'appétit est diminué, les selles sont régulières. Il y a huit à dix jours, ont débuté des troubles gastriques qui ont coïncidé avec le plus fort développement de l'ascite. Les digestions sont devenues pénibles. Pas de nausées ni de vomissements. La région épigastrique n'est pas douloureuse.

Un peu d'albumine dans les urines.

Traitement : Régime lacté; infusion de digitale, sirop de morphine, ventouses sèches, bains sulfureux.

Aucune amélioration ne se produisit. Au bout de quelques jours, l'infiltration œdémateuse se généralisa. L'arythmie était toujours considérable, l'anorexie complète. De plus, il se déclara un hydrothorax qui nécessita six ou sept ponctions pendant les cinq semaines que le malade vécut encore. Il fut emporté par une attaque d'asystolie, avec manifestations d'œdème cérébral, le 22 avril.

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine, on constate un hydrothorax considérable. Le poumon est refoulé et en partie atelectasié. Le cœur est hypertrophié avec surcharge graisseuse.

Le myocarde est manifestement atteint de dégénérescence. La valvule mitrale est indurée, incrustée de petites plaques calcaires ; elle est insuffisante.

Le foie présente les altérations habituelles du foie muscade. La rate est normale. Les reins sont gros, congestionnés.

L'estomac est un peu dilaté ; il a une teinte un peu ardoisée, et est revêtu d'une couche de mucus grisâtre. Il présente sur toute sa surface, et principalement dans la grande courbure, un pointillé ecchymotique très serré. Il y a une ecchymose considérable auprès du cardia. Les veines offrent une légère dilatation variqueuse à la partie la plus déclive du grand cul-de-sac. On constate de petites et nombreuses ulcérations, dont une plus considérable au niveau de la face antérieure. A ce niveau la surface péritonéale elle-même offre un pointillé hémorragique.

OBSERVATION XIV (personnelle).

Insuffisance mitrale. — Troubles digestifs.

Adélaïde Y..., cuisinière, 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 2 juin 1886. Son père, 86 ans, est en bonne santé. Sa mère est morte à 42 ans, d'une fluxion de poitrine. Frères et sœurs bien portants. Cette malade n'a pas eu d'autre maladie antérieure que la rougeole, et quelques engorgements ganglionnaires, de nature probablement strumeuse.

Depuis très longtemps elle est sujette à des migraines ; elle a aussi de la dyspepsie habituelle. Elle ne supporte pas le vin, ce qui lui a fait adopter d'elle-même un régime lacté mixte. Elle fait au contraire un grand usage de café et prétend que ça la soulage.

Il y a un an environ, ses membres inférieurs, puis ses membres supérieurs, ont été envahis par des douleurs rhumatismales, qui se sont fixées un certain temps sur les genoux. A la même époque les jambes ont commencé à enfler, en même temps que la malade ressentait des maux de reins. Puis vinrent

des palpitations assez violentes. Dès sa jeunesse, d'ailleurs, cette femme ne pouvait ni monter les escaliers, ni marcher un peu vite sans avoir des battements de cœur.

Elle se plaint de digérer très mal les viandes noires, tandis qu'elle supporte bien les aliments gras, les féculents, et d'éprouver après chacun de ses repas un malaise qui dure de une à deux heures.

Le pouls est lent, bondissant, très dépressible. Étourdissements fréquents.

A l'auscultation on perçoit, à la pointe du cœur, un souffle vibrant d'insuffisance mitrale au premier temps. On perçoit également un souffle au premier temps au foyer xiphoïdien. Rien à la base. Dans les poumons, râles sous-crépitaux de congestion aux deux bases.

Traitement par la caféine, puis par la digitale. Amélioration passagère des symptômes cardiaques.

OBSERVATION XV (empruntée à Chomel).

Un malade avait observé que l'usage des boissons exaspérait constamment des coliques auxquelles il était depuis longtemps sujet, coliques ordinairement sèches, rarement avec dévoiement.

Lorsqu'il vint me voir pour la première fois, il se plaignait aussi de palpitations pénibles. Le cœur était augmenté de volume et présentait à sa partie moyenne un bruit de souffle très prononcé. Sous l'influence d'un régime convenable, suivi pendant quelques mois et composé exclusivement de substances solides, tous ces accidents, clapotements, palpitations, avaient complètement disparu.

H. Huchard, qui cite cette observation dans son étude sur le régime sec dans les maladies de l'estomac, la fait suivre des lignes suivantes : « Ainsi la

diète des liquides, ou régime sec, que l'on pourrait appeler, d'après Fonssagrives, *xérophagie*, produit de très bons effets dans certaines dilatations de l'estomac, les dyspepsies atoniques, les dyspepsies des liquides. Cette espèce de diète est surtout applicable à d'autres affections encore, caractérisées surtout par l'excès de tension artérielle, chez les athéromateux, chez les gens atteints de néphrite interstitielle, d'affections aortiques, etc.....

OBSERVATION XVI (empruntée à Huchard).

Angine de poitrine. — Dilatation de l'estomac.

Un homme encore jeune, indemne de toute atteinte franche de maladie constitutionnelle, de toute affection des centres respiratoire et circulatoire, et qui avait souffert seulement de temps à autre d'accidents dyspeptiques assez promptement réprimés, est pris subitement, au milieu de la plus parfaite santé et dans le cours d'une conversation, d'une douleur violente, atroce, non pas seulement en arrière du sternum, mais dans toute la poitrine, avec quelques irradiations dans les deux bras et dans le cou. Il se fait transporter chez lui, en proie à une angoisse profonde et telle qu'il ne put même proférer une seule parole. Je le vois quelques heures après ; sa figure exprimait l'anxiété la plus vive, la parole était entrecoupée ; le malade se plaignait d'une barre qui l'étouffait, d'une sensation de main et de griffe de fer. Depuis sept ans que je lui donnais des soins, je n'avais rien trouvé du côté de son cœur ou de son aorte ; deux jours auparavant, par une circonstance tout à fait fortuite, j'étais amené à l'ausculter, et je ne constatais rien encore ; le jour même où je fus appelé, je pratiquai l'auscultation avec tout le soin dont je puis être capable, et je ne trouvai toujours rien. C'est seulement quelques jours après que nous pûmes constater, avec

M. Potain, les signes d'une dilatation cardiaque légère, sans lésions des valvules ni de l'aorte. Mais cette dilatation était de date récente et s'était développée, pour ainsi dire, sous notre oreille, et loin d'être la cause des accidents angineux, elle en était plutôt l'effet. Quelques jours plus tard, les accidents douloureux firent place à une dyspnée permanente, traversée par des accès paroxystiques de douleur sous-sternale et d'angoisse si caractéristique, avec symptômes du côté de l'estomac : dilatation considérable, presque aiguë, du côté de cet organe ; du côté du poumon : symptômes de congestion pulmonaire, ou plutôt de congestion bronchique, mobiles dans leur siège ou leur mode d'apparition ; du côté du cœur : précipitation extrême des battements cardiaques, dilatation du cœur, quelques lipothymies, fréquence du pouls sans fièvre.

M. Huchard conclut à l'épuisement et à la paralysie du nerf pneumogastrique, paralysie ayant donné naissance, entre autres symptômes, à la dilatation aiguë de l'estomac.

OBSERVATION XVII (empruntée à Huchard).

Il s'agit d'un homme atteint d'aortite avec insuffisance des valvules sigmoïdes, chez lequel l'affection ne s'est d'abord révélée, pendant assez longtemps, que par des symptômes gastriques violents (accès de gastralgie intense, dilatation énorme de l'estomac, vomissements, vomituritions, tympanite, douleurs violentes dans la région du foie ressemblant à des coliques hépatiques, etc....) et qui a présenté seulement après quelques mois de ces souffrances, des symptômes cardiaco-pulmonaires, d'origine nerveuse, et, en dernier lieu, des accidents d'angine de poitrine, auxquels le malade a succombé.

OBSERVATION XVIII (empruntée à M. Huchard.

Dans un autre cas, que j'ai pu suivre avec M. le D^r Cagniat (de Noisy-le-Sec), le malade a souffert pendant plusieurs mois, en l'absence de tout symptôme cardiaque ou aortique, d'accidents gastralgiques assez intenses, au point qu'on put le regarder pendant longtemps comme atteint d'une maladie d'estomac; mais bientôt, après les douleurs gastriques, apparurent les douleurs rétro-sternales, la dyspnée, l'oppression avec accès paroxystiques, et les symptômes d'une dilatation stomacale. En même temps la percussion et l'auscultation de l'aorte permettaient de constater l'existence d'une altération de ce vaisseau (aortite et dilatation aortique).

OBSERVATION XIX (résumée).

(Durand, *De l'action comparée des médicaments cardiaques*, Th. Paris, 1885.)

Gevraerts (J.-B.), 38 ans, journalier, entre, le 25 mars 1884, à l'hôpital Sainte-Eugénie, à Lille.

Ce malade ne présente aucun antécédent morbide; il est fumeur, mais nullement alcoolique. Il présente actuellement des accidents dont le début remonte à quatre mois. Il eut d'abord des troubles gastriques, tels que douleurs, flatulence, vomissements; il accuse même un accès de dyspnée avec angoisse qui dura près d'une journée. Depuis, les accidents ont augmenté de fréquence, surtout la nuit, et, chaque fois, c'est l'état de l'estomac qui paraissait dominer la scène.

Aujourd'hui le pouls est petit et très irrégulier. La pointe du cœur bat à 13 centimètres de la ligne médiane dans le 5^e espace intercostal. L'impulsion n'est pas encore accrue, il existe un souffle systolique très net, rude et profond à la pointe; le deuxième bruit est dédoublé. Rien du côté du poumon. Pas d'œdème des membres inférieurs, mais il y en a eu antérieurement, à diffé-

rentes reprises. Rien du côté de l'estomac, sinon un peu de sensibilité de la région correspondante.

Diagnostic. — Insuffisance mitrale et rétrécissement mitral.

Traitement. — Gouttes amères de Baumé IV, convallaria 25 centigrammes, pepsine 50 centigrammes. Sous l'action de ce traitement, les symptômes s'amendèrent rapidement ; mais la douleur stomacale nécessita l'application d'un vésicatoire.

Nous avons placé à dessein cette observation à côté de celles, si intéressantes, publiées par M. Huchard, à cause de l'analogie évidente qu'elles offrent. Ces divers faits nous paraissent devoir être rangés dans notre classe des dyspepsies cardiaques par acte réflexe.

OBSERVATION XX (personnelle).

Rétrécissement pulmonaire.

Henri T..., 33 ans, représentant de commerce. Père et mère morts de vieillesse (?); une sœur bien portante. Pas de maladies pendant la jeunesse. Le malade est marié depuis six ans ; il n'a pas d'enfants.

Il a toujours été extrêmement nerveux et impressionnable. Sa santé a commencé à s'altérer il y a environ deux ans. Dès cette époque il a eu, la nuit, à intervalles de plus en plus rapprochés, des crises d'étouffement qui le contraignaient à quitter la position couchée pour se mettre sur son séant.

Il éprouvait en même temps des fourmillements aux extrémités des membres, en même temps qu'une sensation de refroidissement général à l'état de repos. Ces accidents ont toujours été en s'accroissant depuis cette époque.

En même temps le malade perdait l'appétit et était pris de dégoût pour certains aliments, en particulier pour la viande ; il a fréquemment des nausées, qui sont parfois suivies de vomisse-

ments ; pendant environ deux ou trois heures après chaque repas, il est hors d'état de se livrer à aucun travail. En dehors de ces accidents, le malade est pris, depuis quelque temps, d'accès d'oppression avec constriction à la gorge qui simulent assez des crises d'hystérie et qui durent de cinq à dix minutes chaque fois.

Ce malade est pâle, assez anémié ; il n'a jamais eu d'œdème aux membres inférieurs. Il tousse fréquemment, par quintes et sans cracher (toux hystérique). Ni alcoolisme, ni arthritisme.

A l'auscultation de la poitrine, on n'entend rien d'anormal dans les poumons.

Le cœur paraît notablement hypertrophié, surtout du côté du ventricule droit. On entend au premier temps, à la base, au niveau du deuxième espace intercostal, un bruit de souffle systolique assez doux, se propageant un peu vers la clavicule. On perçoit un léger frisson en appliquant la main sur la région précordiale.

Diagnostic. — Rétrécissement pulmonaire.

OBSERVATION XXI (due à mon excellent ami Auclert).

Louise F..., 22 ans, entre, au mois d'octobre 1884, à l'hôpital Laënnec. Son frère et une sœur sont morts phthisiques ; sa mère est en bonne santé. Elle-même a eu quelques bronchites dans son jeune âge. A 17 ans, pleurésie droite dont la durée fut de trois mois. Quelque temps après, la malade a été prise d'une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu et généralisé. On lui appliqua à cette époque un vésicatoire à la région précordiale. Depuis cette époque, la malade est sujette à des palpitations.

Il y a un an environ, elle fut prise de douleurs et de pesanteur au creux épigastrique. Elle eut des vomissements alimentaires assez fréquents. Les digestions étaient toujours pénibles. A deux reprises différentes, il y a trois mois et il y a quinze jours, elle vomit du sang noir et déjà altéré, à peu près la valeur d'une

Muller.

demi-cuvette chaque fois. Les vomissements alimentaires ont persisté, mais ils ne sont pas constants, comme dans l'ulcère rond. Ils sont parfois striés de sang.

A l'auscultation du poumon, on ne trouve rien de très caractéristique. Au cœur et à la pointe souffle d'insuffisance mitrale. Au premier temps également souffle doux au niveau de l'orifice pulmonaire.

Pas de point rachialgique.

Le diagnostic est incertain, mais l'ulcère rond est peu probable ; nous admettons plus volontiers une petite ulcération des vaisseaux de l'estomac.

CHAPITRE VI

DES GRANDES FORMES DE LA DYSPESIE CARDIAQUE.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir présenter, dans le chapitre précédent, des malades atteints de presque toutes les affections du cœur, et offrant des troubles gastriques variés. Il nous semble impossible qu'à la lecture de ces observations, on n'ait pas été frappé de ce fait que les malades se groupent d'eux-mêmes, suivant la nature de leurs troubles digestifs, en plusieurs grandes classes, et que le même groupement subsiste, quand on considère la maladie du cœur dont ils souffrent.

Etudions avec Arthur Leared les complications stomacales de l'insuffisance aortique : nous voyons des

individus atteints, bien avant que leur maladie s'accuse par des signes sensibles, de deux ordres de phénomènes. Ce sont d'abord des digestions lentes, pénibles, comme si la circulation troublée, la pression sanguine insuffisante n'avaient point fourni aux glandes à pepsine les matériaux nécessaires à leur sécrétion. Ce sont ensuite des manifestations essentiellement douloureuses, passagères, telles que la gastralgie, la pyrosis, manifestations analogues à celles que produit une anémie subite dans un territoire vasculaire. La douleur est ici l'élément nécessaire et instable, comme dans d'autres symptômes de l'insuffisance aortique ; elle domine la scène, et les troubles dyspeptiques proprement dits sont relégués au second plan. Est-il nécessaire de chercher bien loin l'explication de ces phénomènes ? ne sont-ils point l'expression habituelle de l'anémie viscérale, ou tout au moins de l'insuffisance de la pression dans les vaisseaux. Celle-ci explique la dyspepsie précoce, celle-là la gastralgie tardive.

Etudions d'autre part les malades atteints d'affections de la valvule mitrale, de la valvule tricuspide, tous ceux chez qui la congestion des viscères en général, et celle des viscères abdominaux en particulier, est habituelle. Que voyons-nous ? Ici, le tableau n'est plus le même. Certes, nous rencontrons encore des digestions pénibles ; mais elles appellent une autre explication. La muqueuse stomacale, loin d'être anémiée, est ici congestionnée, à ce point qu'elle peut présenter, comme dans une de nos observations, un pointillé ecchymotique et jusqu'à des ulcérations. La sécrétion des glan-

des à pepsine se ralentit, parce que ces glandes sont étouffées par la turgescence des vaisseaux et la prolifération scléreuse du tissu conjonctif, qui en est la conséquence. Ajoutez à cela que leur circulation se ressent de la stase veineuse qui gagne peu à peu les organes abdominaux. A cette dyspepsie s'adjoignent des vomissements, des vomituritions, voire même des hématoméses. L'estomac, profondément altéré, devient incapable d'accomplir ses fonctions. En résumé, dans les affections du cœur congestives, si je puis ainsi parler, les troubles de la fonction tendent à s'accroître, l'élément douleur à disparaître. Nous allons le rencontrer de nouveau chez une troisième classe de dyspeptiques. Jusqu'ici, les troubles de la circulation étaient seuls coupables : c'était tantôt l'anémie, et tantôt la congestion. Nous allons trouver maintenant l'élément nerveux, caractérisant une troisième dyspepsie, la dyspepsie réflexe.

Etudions, en effet, avec M. Huchard, les malades atteints de névroses cardiaques, et en particulier, d'angine de poitrine. Dans une affection essentiellement nerveuse, et en laissant de côté la question de savoir si le plexus cardiaque est intéressé, comme le veut M. Lancereaux, ou s'il ne l'est pas, comme l'affirme M. Germain Sée, à quoi pouvait-on s'attendre ? Evidemment à voir le pneumogastrique stomacal irrité par action réflexe.

C'est en effet ce que la clinique nous apprend. Outre que dans ces cas on trouve le pneumogastrique douloureux dans les points où il est accessible, on

constate de la gastralgie, de la pyrosis; en un mot, tous les phénomènes douloureux dont l'estomac peut être le siège. L'irritation a-t-elle été trop forte ou trop longtemps prolongée, nous constaterons un autre phénomène et une lésion de l'organe. En effet, le pneumo-gastrique surmené s'épuise et se paralyse, la tunique musculaire de l'estomac perd rapidement sa tonicité et l'organe se laisse dilater passivement. Si l'on n'intervient pas à temps, cette dilatation finira par produire dans l'estomac les altérations que nous avons eu déjà l'occasion de signaler.

En résumé, la clinique nous fournit à peu près les mêmes types que la physiologie pathologique. A la névrose du cœur s'associe souvent, par action réflexe, une sorte de névrose de l'estomac. Quant aux troubles circulatoires dus aux affections organiques du cœur, ils se traduisent dans l'estomac, suivant leur nature, par deux ordres de phénomènes différents. Comme le disait Legrand du Saulle, le cardiaque aortique est un artériel, le cardiaque mitral un veineux : le premier est un anémique, un blanc ; le second, un congestionné, un rouge. Eh bien, la distinction de la dyspepsie aortique et de la dyspepsie mitrale, si j'ose ainsi parler, est tout entière là dedans ; dans la première, l'estomac est anémique, douloureux ; dans la seconde, il est congestionné, et incapable de suffire à son rôle.

Nous admettons donc trois grandes formes de dyspepsie cardiaque :

1° Une forme nerveuse, dans laquelle la douleur est l'élément principal, et où l'on peut rencontrer, à titre

d'épiphénomène, les troubles et les lésions que provoquent la surexcitation des nerfs de l'estomac, leur épuisement, leur paralysie. Cette forme appartient spécialement à l'angine de poitrine, au goître exophthalmique, et en général dans les affections du cœur où l'élément nerveux entre pour une grande part.

2° Une forme anémique, caractérisée encore par la douleur, mais par une douleur plus vive et plus inconstante. Les fonctions digestives s'accomplissent lentement, mais d'une manière encore relativement satisfaisante. Cette forme appartient spécialement aux affections aortiques, insuffisance et rétrécissement, dans lesquelles la pression diminue dans le système artériel.

3° Une forme congestive, dans laquelle la douleur est moins intense, mais où les altérations matérielles et les troubles fonctionnels de l'estomac sont beaucoup plus accusés. On y constate l'intolérance de l'organe pour certains aliments, les nausées, les vomissements, les hémorrhagies. Cette forme appartient aux affections mitrales et aux maladies du cœur droit.

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans ce chapitre, nous ne ferons que rassembler les notions éparses au cours de ce travail, notions recueillies tant dans les travaux de nos maîtres que dans nos observations personnelles.

Et d'abord l'estomac cardiaque a-t-il une physionomie particulière, caractéristique, telle qu'on puisse le reconnaître à première vue dans tous les cas? Evidemment non. Outre que les diverses formes de la maladie que nous avons étudiées offrent des altérations bien différentes les unes des autres, et, pour ainsi dire, spéciales à chacune d'elles, il n'est pas rare de rencontrer des malades, tel que celui qui fait l'objet de notre treizième observation, chez lesquels les troubles digestifs s'accusent fort tard, quand ils ne manquent pas complètement. Il est vrai que, même dans ces cas, si l'on songeait à regarder l'estomac, on trouverait souvent des lésions très nettes, mais trop peu avancées dans leur évolution pour s'être traduites pendant la vie. Le malade auquel nous faisons allusion en est un exemple.

Les lésions typiques de l'estomac cardiaque n'existent en réalité que dans la forme congestive; et elles

sont typiques, parce qu'il n'est pas de maladie dans laquelle l'estomac, et les viscères abdominaux en général, soient soumis à une congestion aussi intense, à une stase veineuse aussi complète.

Depuis que notre attention est attirée sur ce sujet, nous n'avons pas fait l'autopsie d'une personne morte d'insuffisance mitrale, sans rencontrer, à un degré plus ou moins avancé, les lésions suivantes :

L'estomac est en général dilaté; ses parois sont épaissies, congestionnées; leur consistance est fibreuse, leur couleur lie de vin. La surface interne de l'organe est souvent recouverte, ainsi que la partie supérieure du tube digestif, d'un mucus grisâtre, demi-transparent, et très adhérent à la paroi. Cette lésion se rencontre à son plus haut degré quand la maladie cardiaque se complique d'une affection du rein et des symptômes de l'urémie. On rencontre parfois au lieu de ce mucus transparent des plaques d'exsudats blanchâtres, pul-tacés, de nature fibrineuse, et qui ont quelque analogie d'aspect avec les fausses membranes diphtéritiques.

Quand on a enlevé ces productions pathologiques, on voit une surface ardoisée, souvent infiltrée de sérosité, avec des suffusions sanguines, et criblée dans quelques cas types, d'une multitude de petites érosions. La grande et la petite courbure sont les deux sièges principaux de cette lésion.

Les veines sont plus ou moins dilatées et variqueuses; il est probable, mais il ne nous a pas été donné de le constater, que dans les cas d'hématémèse

d'origine cardiaque, on trouverait à leur niveau de petites ulcérations.

Un grand nombre de glandes à pepsine sont atrophiées ; les cellules de leur épithélium sont remplies de granulations graisseuses.

Il n'est pas rare de trouver de l'athérôme dans les vaisseaux artériels de l'estomac, quand cette lésion existe à l'aorte, et surtout si elle est généralisée à tout le système artériel.

CHAPITRE VIII

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

I. Si les affections de l'estomac entrent pour une part importante dans la pathogénie des troubles fonctionnels et des altérations organiques du cœur : réciproquement, il est peu d'affections du cœur qui ne s'accompagnent à un moment donné de gastralgie, de troubles dyspeptiques, ou même d'altérations profondes de l'estomac.

II. Dans quelques maladies du cœur, et en particulier dans l'insuffisance aortique, la dyspepsie est souvent le premier et unique symptôme qui puisse mettre sur la voie du diagnostic de l'affection valvulaire.

III. Les troubles gastriques d'origine cardiaque peuvent se ranger sous trois chefs : 1^o troubles d'ori-

gine nerveuse, associés le plus souvent aux névroses du cœur par irritation réflexe du pneumogastrique ; 2° troubles par anémie viscérale (gastralgie) associés plus spécialement aux altérations des valvules aortiques ; 3° troubles par congestion, dont le type est la dyspepsie des maladies mitrales.

IV. L'anatomie pathologique de l'estomac cardiaque n'offre des caractères intéressants que dans cette troisième forme : encore ressemble-t-elle fort à celle de la gastrite chronique des buveurs.

V. Pour combattre la dyspepsie cardiaque, il serait judicieux de se reporter, pour chaque cas, à la pathogénie probable. Dans la dyspepsie d'ordre réflexe, il pourrait être indiqué d'essayer le lavage de l'estomac, qui est un excellent sédatif du système nerveux viscéral.

Dans les autres formes, on s'adressera aux eupeptiques habituels. Mais il ne faut pas oublier que la dyspepsie cardiaque étant due le plus souvent à des troubles mécaniques de la circulation, sera encore plus heureusement influencée par les médicaments cardiaques appropriés.

C'est ainsi que l'estomac congestionné par stase veineuse dans les maladies mitrales ne retirera que de bons effets des toniques habituels du cœur, tels que la digitale, le bromure de potassium, la convallaria, la caféine, en tant néanmoins qu'il pourra les supporter.

Dans les maladies de l'aorte, au contraire, l'opium et la trinitrine seront mieux indiqués.

En terminant, nous rappellerons que M. Huchard a préconisé le régime sec dans la dyspepsie symptomatique des malades, chez lesquels le système artériel est soumis à une pression sanguine exagérée. Ce serait un exemple à imiter dans certaines formes de la dyspepsie cardiaque.

Vu

Le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu

Bon et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GREARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BEAU. — Traité de la dyspepsie.
BOUILLAUD. — Maladies du cœur.
CHARCOT. — Leçons sur les maladies du foie, 1882.
CHOMEL. — Traité des dyspepsies.
DAMASCHINO. — Maladies du tube digestif.
DELESPIERRE. — Des néphrites sans albuminurie. Th. Lille, 1884.
DUJARDIN-BEAUMETZ. — Clinique thérapeutique, passim.
DURAND. — De l'action comparée des médicaments cardiaques. Th. Paris, 1885.
DURAND-FARDEL. — Traité des maladies chroniques.
GUÉPON. — Traité de la dyspepsie fondée sur l'étude physiologique et clinique. Paris, 1864.
HANOT. — Sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie. Th. Paris, 1875.
HUCHARD. — Du régime sec dans les maladies de l'estomac. Bulletin général de thérapeutique, 1884.
— Angine de poitrine. Union médicale, 1879.
ISNARD. — De la sclérose généralisée et du rôle de l'artériosclérose.
JACCoud. — Pathologie interne.
LANCEREAUX. — Art. *Artérite*, in Dict. Dechambre. Cliniques.
LEARED (A.). — Affections larvées du cœur. Med. Times and Gazette, 1867, I, p. 695.
LETULLE. — Troubles fonctionnels du pneumogastrique. Paris, 1883.
LEVEN. — Estomac et cerveau. Paris, 1885.
PAUL (Constantin). — Maladies du cœur.
PARROT. — Art. *Cœur*. Path. générale, in Dict. Dechambre.
PETER. — Traité des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte.
POTAIN et RENDU. — Art. *Cœur*, in Dict. Dechambre.
RAYNAUD (M.). — Art. *Cœur*, in Dict. Jaccoud.
SAPPEY. — Anatomie.
SÉE (G.). — Des dyspepsies gastro-intestinales.
— Maladies du cœur.
STRUMPELL. — Pathologie interne, Paris, 1884.
VERMULLEN. — Des hémoptysies cardiaques. Th. Paris, 1875.
-